

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FILOZOFICKÁ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2009

Eva Dušková

**FILOZOFICKÁ FAKULTA UNIVERZITY KARLOVY PRAHA
KATEDRA PEDAGOGIKY**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

EVA DUŠKOVÁ

PROBLÉM ZÁVISLOSTI A ROZVOJ OSOBNOSTI ŽÁKA

Addiction issue and development of child's personality

Kadaň, 2009

Vedoucí práce: PhDr. Hana Krykorková, CSc.

Ráda bych poděkovala vedoucí této práce PhDr. Haně Krykorkové, CSc.
za její věcné připomínky i za nasměrování na některé části odborné literatury.

Prohlašuji,

že tuto předloženou bakalářskou práci jsem vypracovala zcela samostatně,
a uvádím v ní všechny použité prameny a literaturu.

27.7.2009

Eva Dušková

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou závislosti a možnostmi předcházení jejího vzniku. V úvodní kapitole jsou definovány pojmy návyk a závislost, vyjmenovány znaky závislosti a jednotlivé druhy závislostí s ohledem na možnosti jejich vzniku u dětí a mládeže. Další kapitola uvádí hypotézy vzniku závislosti: biologické, sociologické a psychologické. Následující kapitola se věnuje motivaci dětí a mládeže k užívání návykových látek nebo vybraného patologického chování. Dále se tato bakalářská práce zabývá prevencí závislosti, a to ve školním prostředí i v rodině. V jednotlivých podkapitolách je popsán organizační systém primární prevence v ČR, dále zaměření preventivních programů uplatňovaných na školách a školských zařízeních a úkoly školních metodiků prevence. Na úrovni rodinného prostředí jsou v této práci jmenovány důležité zásady prevence v rodině. Závěrečné podkapitoly se věnují výchově zdravého sebevědomí, psychické odolnosti a zodpovědnosti dítěte za vlastní zdraví.

Klíčová slova

závislost, psychoaktivní látky, patologické hráčství, hypotézy vzniku závislosti, motivace, potřeby, prevence,

Summary

This bachelor work deals with addiction and the possibilities of its prevention (the possibilities of preventing its origination). In the introductory chapter, the terms habit and addiction are defined, addiction characteristics are listed, and the types of addiction are specified according to its possible appearance with children and teenagers. The next chapter presents the biological, sociological and psychological addiction-start hypotheses. Then the reasons of abuse of addictive substances by children and teenagers are given, as well as some special kinds of pathological behaviour. Prevention of addiction, especially in school and family environment, is elaborated on in the following chapter which covers also the organization of primary prevention in the Czech Republic, the prevention programmes bias and the responsibilities of prevention methodologists in schools. At the family level, important prevention rules are presented. The final sections are focused on the ways leading to acquiring sound confidence, mental resistance and responsibility for one's own health.

Key words

addiction, psychoactive substances, pathological gambling, addiction start hypotheses, motivation, basic needs, prevention.

Obsah:

1	Úvod.....	7
2	Návyk, závislost.....	9
2.1	Návyk.....	9
2.2	Závislost.....	9
2.2.1	Syndrom závislosti.....	9
2.2.2	Znaky závislosti	10
2.2.3	Psychoaktivní látky.....	11
2.2.4	Závislost na nikotinu.....	12
2.2.5	Závislost na alkoholu.....	12
2.2.6	Závislost na lécích	13
2.2.7	Závislost na jiných látkách	14
2.2.8	Patologické hráčství.....	15
2.2.9	„Závislost“ na počítači a internetu.....	16
3	Hypotézy vzniku závislosti.....	19
3.1	Biologické hypotézy vzniku závislosti	19
3.2	Sociologické hypotézy vzniku závislosti.....	20
3.3	Psychologické hypotézy vzniku závislosti	21
4	Motivace k užívání, specifika u dětí a dospívajících	22
4.1	Motivace a potřeby	22
4.2	Motivace k užívání tabáku.....	23
4.3	Motivace k užívání alkoholu.....	23
4.4	Motivace nadužívání léků.....	24
4.5	Motivace k užívání psychoaktivních látek.....	24
4.6	Motivace k patologickému hráčství.....	25
4.7	Motivace k nadužívání počítače, internetu nebo mobilu	26
4.8	Specifika u dětí a dospívajících	26
5	Možnosti předcházení vzniku závislostí	29
5.1	Prevence.....	29
5.1.1	Organizační systém primární prevence v ČR	30
5.1.2	Preventivní programy uplatňované ve školách a školských zařízeních.....	31
5.1.3	Prevence jako součást osnov a učebních plánů	33
5.1.4	Úkoly školního metodika prevence	33
5.1.5	Peer programy.....	35
5.2	Prevence v rodině.....	36
5.2.1	Zásady prevence v rodině	36
5.2.2	Problémy s alkoholem nebo drogami u rodičů	38
5.3	Zdravé sebevědomí, psychická odolnost a zodpovědnost	39
5.3.1	Výchova zdravého sebevědomí	39
5.3.2	Výchova k psychické odolnosti dítěte	39
5.3.3	Výchova k zodpovědnosti.....	41
6	Závěr	43
7	Seznam použité literatury	44
8	Přílohy.....	47
8.1	Akční plán realizace Národní strategie protidrog. politiky na období 2007-2009 ..	47
8.2	Cíle národní strategie a oblasti Akčního plánu	48
8.3	Přehled cílů a činností v oblasti primární prevence dle Akčního plánu	49
8.4	Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy (www.msmt.cz)	51

8.5	§ 187 trestního zákona – Nedovolená výroba a držení omamných a psychotropních látek a jedů	52
8.6	Ukázka tematického bloku.....	53
8.7	Leták Deset dobrých důvodů, proč žít bez drog	55
8.8	Leták - Zda kouřit nebo nekouřit	56
8.9	Plakát - Předcházejte problémům s návykovými látkami u svého dítěte	57

1 ÚVOD

Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala problematiku závislosti, její možnosti vzniku u dětí a dospívající mládeže, možnostech a úkolech prevence na úrovni školy i rodiny. Toto téma mne osobně zajímá nejen jako studentku pedagogiky, ale také jako matku dvou dospívajících dětí.

Cílem mé práce je nejen nastínit problematiku drog obecně, ale také zmapovat možnosti předcházení těchto forem závislosti, které jsou pro nezletilé nejrizikovější.

V úvodní kapitole jsem nejprve definovala pojmy návyk a závislost, vyjmenovala znaky závislosti a specifikovala psychoaktivní látky. Dále se zabývám jednotlivými druhy závislostí, se kterými se děti a dospívající mohou setkat. Neopomím ani patologické hráčství a zneužívání počítače, neboť se domnívám, že tyto patologické jevy nesou pro děti a dospívající velmi obdobná rizika jako drogy.

V následující kapitole jsem nastínila biologické, sociologické a psychologické hypotézy vzniku závislosti. Mezi základní faktory vzniku závislosti nepatří pouze snadný přístup k návykovým látkám, ale také dědičnost, psychická stránka osobnosti a sociální prostředí, v němž se jedinec pohybuje.

V další kapitole se zabývám otázkami motivace k užívání jednotlivých návykových látek a vybraného patologického chování. V samostatné podkapitole se věnuji okolnostem, které jsou při vzniku závislosti pro děti a dospívající mládež typické.

Kapitola pátá se zabývá otázkami prevence. Po rozlišení pojmů primární, sekundární a terciální prevence, zásadách efektivní primární prevence, se dále zmiňuji o organizačním systému primární prevence u nás a následně o zaměření preventivních programů, které by měly být realizovány na školách a školských zařízeních. Samostatná podkapitola dále pojednává o důležitosti spolupráce školního metodika prevence s ostatními pedagogickými pracovníky. Podkapitola o peer programech pak pojednává o důležité spolupůsobnosti vrstevníků při efektivním způsobu primární prevence na školách. Svou významnou roli při nespecifické primární prevenci samozřejmě hrají rodiče a ostatní dospělí. Proto se v následující podkapitole zmiňuji o zásadách prevence v rodině.

Závěrečná kapitola pojednává o důležitosti vštěpování zdravého sebevědomí, psychické odolnosti a zodpovědnosti za vlastní zdraví při výchově každého dítěte.

Doufám tedy, že tato práce bude nejen vzhledem do problematiky závislosti, ale bude i přínosem pro rodiče, začínající pedagogy a ostatní dospělé, kterým záleží na zdravém rozvoji vlastních nebo jim svěřených dětí a dospívajících.

2 NÁVYK, ZÁVISLOST

2.1 Návyk

Pravidelné konzumování kávy, čaje, tabáku nebo alkoholu patří k našemu všednímu dni. Víme, co nás povzbudí nebo co zmírní naše napětí. Tyto látky napomáhají při navazování kontaktů nebo přemostňují naši nejistotu. Mají pro nás i symbolický význam. Jejich konzumace slouží k tomu, abychom zvládali každodenní život. Stejně tak mohou pro nás být prostředkem k regulaci úzkosti a stresu. Příslušným pravidlům o správném a nesprávném užívání se učíme už v dětském věku.

Otázku, co je vlastně návyk, můžeme však dosud jen stěží zodpovědět. Ani definice WHO, světové zdravotnické organizace, příliš nepomáhají. Bernhard von Treeck (von Treeck in Fr. Christoph Göhlert, Frank Kuhn, 2001) uvádí, že *návyk začíná tam, kde jsme se vzdali původních životních perspektiv a kde droga nabývá na významu a nekontrolovatelným způsobem zaujímá prostor v prožitcích člověka a utváření jeho dne*. Společným znakem každého návyku je mechanismus odměňování sama sebe. Člověk používá drogy, aby ovlivňoval své pocitové stavy. V podstatě jde o to, potlačovat nepříjemné nebo vyvolávat příjemné pocity.

2.2 Závislost

Závislost znamená celkovou ztrátu svobody, ztrátu kontroly nad vlastním životem. Závislý člověk není schopen přiznat si pravdu. Je hnán touhou navodit příjemný stav, který byl na začátku drogové kariéry. Zvyšuje dávky a návyková látka mu již nic nového nedává. Je pohlcen sebeklamem, nevnímá realitu. Je ochoten si opatřit drogu za každou cenu, i trestnou činností. Závislost na návykových látkách lze tedy charakterizovat jako chorobný stav spojený s neovladatelnou touhou po opakování prožitku, tj. nekontrolovatelnou potřebou po dalším užití drogy, mnohdy s tendencí zvyšovat dávky. Jde o psychický a někdy i fyzický stav, který je charakterizovaný specifickými změnami chování (Marádová, 2006).

2.2.1 Syndrom závislosti

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí je závislost definována jako *skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více*. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu

znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje (Nešpor, 2007).

Pojmy toxikomanie a narkomanie vyjadřují *závislost na drogách*,. přičemž narkomanií se rozumí *závislost na psychoaktivních nealkoholických drogách*. Jde-li o závislost na jedné droze, hovoříme o monotoxikomanii, jde-li o závislost na více drogách, hovoříme o polytoxikomanii (Nešpor, 2007).

V odborné literatuře často nacházíme i výrazy úzus, abúzus, misúzus. Úzus (Jedlička, 2004) je výraz používaný v sociologii a psychologii pro *zvyklost, obyčej, zvyk*¹. Abúzus je definován jako *způsob maladaptivního užívání, projevující se pokračující konzumací, přestože si konzument uvědomuje, že vyvolává trvalé nebo opakované problémy sociální, pracovní, psychologické nebo zdravotní, které jsou působeny anebo obnoveny požíváním v situacích, kdy ohrožují tělesné zdraví*. Termín abúzus je někdy užíván k označení jakéhokoliv užívání drog (Terminologický slovník, 2000). Misúzus (Jedlička, 2004) je *užití psychoaktivní látky, které je nevhodné vzhledem ke zdravotnímu stavu, věku a situaci daného jedince* (např. požití alkoholu řidičem, nezletilým či pacientem trpícím epilepsií, užívání analgetik nebo hypnotik těhotnou ženou mimo lékařské doporučení).

2.2.2 Znaky závislosti

Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky;
- tělesný odvykací stav: látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky; průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby nedosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo, nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);

¹ V medicíně jde o termín popisující užití léku podle předpisu či alkoholu jako pochutiny, zdravou dospělou osobou v přiměřené dávce a ve společensky vhodné situaci.

- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek, nebo toxické poškození myšlení.

Syndrom závislosti může být přítomen na určitou látku (např. tabák nebo diazepam), třídu látek (např. opioidy), nebo širší řadu různých látek (Nešpor, 2007).

Vzhledem k rozdílným účinkům psychoaktivních látek se můžeme setkat (Raboch, Pavlovský in Fischer, Škoda, 2009) s následným rozlišením závislosti na:

- Biologickou (somatickou) závislost, která je definována jako *stav adaptace organismu na drogu, projevující se zvýšenou tolerancí² a rozvojem abstinenčních příznaků při vysazení látky nebo omezení množství.*
- Psychickou závislost, která je definována jako *potřeba užívat látku k vyvolání příjemných pocitů a k odstranění pocitů nepříjemných.*

2.2.3 Psychoaktivní látky

Za psychoaktivní látky jsou považovány takové, které mají po vstřebání vliv na duševní procesy (např. kognitivní nebo afektivní). Tento termín a jeho ekvivalent, psychotropní látka tedy označuje v nejobecnějším smyslu *látky ovlivňující vědomí nebo duševní pochody*. Přísně vzato je psychoaktivní (psychotropní) látka jakákoli chemická látka, která působí primárně nebo významně na centrální nervový systém. Tyto látky, ať již přirozené nebo syntetické, vyvolávající závislost, jsou trojího druhu:

- 1) působící psychostimulačně – vyvolávají stavy euforie a zrychlují psychomotoriku
- 2) působící psychoinhibičně – potlačující úzkost a depresi a snižují motoriku
- 3) působící vysloveně desintegračně – vyvolávají iluze a halucinace

Do organismu se dostávají:

- 1) ústy (per os), případně jinými tělesnými otvory
- 2) injekčně (parenterálně)
- 3) kouřením, event. čicháním (inhalačně)
- 4) pokožkou (např. pomocí náplastí)

² Po delším užívání některých návykových látek klesá jejich účinek, a proto dochází ke zvyšování dávek. Např. u opiátů závislý člověk přijímá často dávku, která přesahuje smrtelnou dávku u člověka bez závislosti. Tolerance roste i na většinu tlumivých léků nebo alkohol (Nešpor, Provazníková, 1999).

Světová zdravotnická organizace rozdělila duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek na deset typů:

- 1) poruchy vyvolané požíváním alkoholu
- 2) poruchy vyvolané požíváním opioidů
- 3) poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů
- 4) poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik
- 5) poruchy vyvolané požíváním kokainu
- 6) poruchy vyvolané požíváním jiných stimulací (včetně kofeinu)
- 7) poruchy vyvolané požíváním halucinogenů
- 8) poruchy vyvolané užíváním tabáku
- 9) poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel
- 10) poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek

2.2.4 Závislost na nikotinu

Kouření tabákových výrobků patří k nejrozšířenějším formám konzumace návykových látek u nás. Tabák obsahuje více než tisíc různých chemických sloučenin, z nichž právě nikotin má nejvýraznější psychoaktivní účinky. Působí změny nálad, redukuje stres a zvyšuje výkon jedince. Intoxikace nikotinem se projevuje excitací³, zvýšenou pozorností a koncentrací, redukcí úzkostných stavů (Fischer, Škoda, 2009). Záškodná (1997) uvádí v grafech epidemiologické studie kouření tabáku experimentování s cigaretami již u osmiletých dětí (častěji u chlapců než dívek). Tutéž zkušenost má více než pětina desetiletých dětí. V období mezi desátým a dvanáctým rokem života dochází k rychlému rozšíření zkušenosti (více než polovina sledovaných dětí). První zkušenosti získávají děti obou pohlaví za podobných okolností a na podobných místech (venkovní prostory poblíž domova, parky, okolí školy).

2.2.5 Závislost na alkoholu

Alkohol je droga, jejíž zrádnost spočívá zejména v pozvolné tvorbě návyku. Při pravidelném užívání výrazně mění naši psychiku. Nejprve člověk pije alkohol, aby se zbavil špatné nálady, úzkosti či myšlenek na problémové situace. Jenže při vytvoření závislosti se špatná nálada dostaví, jakmile abstinuje. Tím se ovšem kruh uzavírá. Uvádí se, že vznik závislosti trvá deset až patnáct let. V té době se z občasného konzumenta stává pijan. Jeho

³ Vzrušení, vybuzení, podráždění, bezprostředně probíhající proces vzrušení po určitém podnětu, intenzitu excitace lze měřit pomocí EEG, tvoří jeden ze základních rozměrů emocí (Hartl, 2000)

odolnost se zvyšuje, stoupá jeho sebevědomí a víra ve vlastní schopnosti. Podle mezinárodních odhadů do této fáze vývoje spadá v průmyslově vyspělých státech 30-40 % dospělých mužů. Jakmile však dojde k poškození jater a tím k poruše látkové výměny, odolnost prudce klesá. Přitom platí, že vznikem návyku bývá často nejvíce ohrožen ten, kdo alkohol dobře snáší. A prvním signálem možné závislosti je to, že člověk přestává pít s mírou (www.krystalhelp.cz).

Proces rozvoje závislosti na alkoholu je nejčastěji popisován podle amerického alkoholologa českého původu E. M. Jellineka ve čtyřech následujících frázích:

1. stadium - *počáteční prealkoholické*, ve kterém si jedinec uvědomuje, že pije odlišně než druzí, že mu alkohol přináší úlevu od jeho problémů. Proto zvyšuje množství i četnost pití.

2. stadium - *prodromální, varovné*, které je charakteristické zvyšující se tolerancí k alkoholu („zvyk“) stoupající spotřebou, narušenou kontrolou nad množstvím a pitím. Za své pití se počíná stydět, objevují se okénka (palimpsesty), dochází k výčitkám či racionalizacím. Toto stadium zhruba odpovídá škodlivému užívání.

3. stadium - *rozhodné, krucální*, kdy tolerance stále stoupá v důsledku časté konzumace narůstají konflikty (i se zákonnými normami), palimpsesty jsou spojeny s každou konzumací, nad pitím již chybí jakákoliv kontrola. Často bývá postižený jedinec přesvědčen, že „kdyby chtěl, mohl by přestat“, ve skutečnosti již potřebuje alkohol již téměř denně, dává přednost společnosti lidí, kteří také pijí (a tudíž mu pití nevyčítají, naopak mu poskytují sociální oporu). V této fázi dochází ke změně osobnostních vlastností, ke změnám v preferenci hodnot, k oploštění zájmů, k rozpadu interpersonálních vztahů.

4. stadium - *terminální, konečné*, odpovídá nejvíce syndromům závislosti, tolerance se začíná snižovat, alkoholik se rychle opije, zároveň ale není schopen bez alkoholu vydržet. Konzumace je nepřetržitá (ranní doušky), objevují se somatické a psychické poruchy, sociální interakce s okolím je narušena závažným způsobem. Postižený se již mezi lidmi nevybírá, je schopen být s každým, kdo s ním pije. Tato fáze je typická vztahy bezmocnosti, kdy si dotyčný uvědomuje svoji neschopnost závislost zvládnout. Má potíže, když pije, i když nepije. Postupně dochází k fyzickému i psychickému chátrání a sociálnímu úpadku. Úpadek lze charakterizovat jako debakl, postižený není schopen fungovat ani s alkoholem, ani bez alkoholu (Nešpor in Fischer, Škoda, 2009).

2.2.6 Závislost na lécích

Zneužívání léků je častější než závislost na nich, už proto, že existuje mnoho léků, které se zneužívají, ale nevyvolávají závislost. Pro diagnózu zneužívání léků je podstatné to,

že důsledkem toho došlo k zdravotnímu poškození. Může se jednat o poškození tělesné (např. hepatopatie) nebo duševní (např. úzkostné stavy při pokusu vysadit dlouhodobě podávané benzodiazepiny).

Nešpor (2009) uvádí, že mezi rizika zneužívání léků patří:

- předávkování
- vyšší riziko interakce s jinými léky, alkoholem, tabákem nebo chemikáliemi v zevním prostředí
- vyšší riziko vedlejších účinků včetně např. poškození jater nebo ledvin
- netypické a komplikované průběhy onemocnění
- vyšší riziko úrazů a pádů, zejména při zneužívání tlumivých léků
- u některých léků riziko vzniku závislosti a souvisejících komplikací v různých oblastech života
- u některých léků se po vysazení objevují odvykací obtíže
- sociální rizika, mezi které patří rodinné a pracovní problémy, nižší produktivita. Pacienti, kteří zneužívají léky, zatěžují zdravotnické služby zvýšenou potřebou lékařské péče.

Léky vyvolávající závislost jsou vyjmenovány v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Patří mezi ně zejména léky, které obsahují opioidy (např. kodein), sedativa a hypnotika a stimulantia (např. efedrin nebo pseudoefedrin). Zneužívány bývají i jiné léky, v tom případě se podle Mezinárodní klasifikace nemocí hovoří o "zneužívání látek nevyvolávajících závislost". Mezi ně patří zejména některé psychoaktivní látky jako antidepresiva a dále projímadla, nesteroidní antirevmatika, hormony (např. anabolika) nebo vitaminy.

2.2.7 Závislost na jiných látkách

Nešpor a Csémy (1996) uvádějí, že obdobně jako v případě dlouhodobého návyku na alkohol, dochází také při požívání nealkoholických psychoaktivních látek k vzniku psychotického onemocnění. Jeho výskyt po prvním kontaktu s drogou je však za mnohem kratší časový úsek, než je tomu v případě chronického alkoholismu.

Nejrozšířenější je užívání *marihuany*, která se stejně jako *hašiš* vyrábí z konopí.⁴ Marihuana se nejčastěji kouří, drogy z konopí se však také přidávají do nápojů, cukrovinek apod. Užívání marihuany sice automaticky nevede k užívání jiných drog, marihuana ale toto riziko zvyšuje (Nešpor, Csémy, 1997).

⁴ Obsah účinných látek v hašiši je větší, může být až desetinásobný ve srovnání s marihuanou. Uvádí se, že pouhý jeden gram kvalitního hašiše může omámit 3 až 4 osoby.

Mezi tyto látky dále patří *stimulační drogy*, které mají povzbuzující účinky na psychiku i tělesnou aktivitu. Tzv. „taneční drogy“ jsou zneužívány pro své povzbuzující účinky, umožňující extrémní fyzickou aktivitu typu mnohahodinového tance. Zároveň potlačující vnímání pocitu hladu, žízně nebo horka (což představuje jejich největší nebezpečí).

Halucinogeny jsou látky, které navozují změnu vnímání skutečnosti. Jejich účinky jsou nevyzpytatelné, a právě proto velmi nebezpečné. Přírodní halucinogeny se vyskytují v některých houbách (např. psilocybin v lysohlávkách), v kaktusech (meskalin), polosynteticky se připravuje LSD. Tyto látky ovlivňují lidské vědomí, člověk vnímá neexistující předměty, slyší neexistující zvuky, mění se vnímání prostoru i času, značné riziko představuje neznalost množství aktivní látky v substanci, vysoké dávky lysohlávek mohou způsobit vážná nevratná poškození jater nebo ledvin (Marádová, 2006).

Další skupinou látek jsou *inhalační drogy*, některá rozpouštědla a ředidla (například toluen, trichlóretylén), lepidla, ale i plynné látky, například éter a rajský plyn (oxid dusný). Jednotlivé těkavé látky se od sebe liší chemickým složením, způsobem účinku a klinickým obrazem. Všechny po užití ovlivňují činnost centrální nervovou soustavy. Přestože je zneužívání těkavých látek je velmi nebezpečné, možná rizika bývají podceňována⁵.

Jako společensky nejnebezpečnější se uvádí závislost na opioidech (alkaloidech opia), především heroinu. *Heroin* je pokládán za společensky nejnebezpečnější drogu. Stimuluje k násilí a zabití. Heroin bývá také pokládán za tzv. nejtvrdší drogu a návyk na ni bývá nejčastěji vyvrcholením drogové závislosti jedince. Obvykle konzument postupuje od „měkkých“ drog k „tvrdým“. Tento fakt, jak zmiňuje Nešpor, může být chápán jako příspěvek do diskuse o legalizaci „měkkých“ drog.

Závislost na tvrdých drogách vede ke společenskému propadu nejen podle běžných společenských měřítek, ale také například podle měřítek delikventních skupin. V tomto případě se mluví o drogové subkultuře. Prostředky na zaplacení drogy si závislí opatřují žebřáním, krádežemi, loupežemi, prostitucí a dealerstvím (Matoušek, Kroftová in Macek, 1999).

2.2.8 Patologické hráčství

Kromě termínu patologické hráčství se neoficiálně užívá dalších označení, např. „hazardní hráčství“, „náruživé hráčství“, často se setkáváme také s termínem „gambling“.

⁵ Ani legislativní opatření nejsou v tomto ohledu dostatečná. Některé prchavé látky jsou sice uvedeny v zákoně 167/98 Sb. o návykových látkách, ale jedinou zákonnou povinností je povinnost registrace výrobce před zahájením výroby u ministerstva zdravotnictví. Žádné jiné zákonné omezení pro výrobu, distribuci a prodej toluenu neexistuje. Pokud nedojde k celostátnímu legislativnímu omezení volného prodeje dětem a mladistvým, nelze snížení počtu uživatelů očekávat.

Patologické hráčství se v Mezinárodní klasifikaci nemocí řadí mezi „návykové a impulzivní poruchy“, tedy ne mezi závislosti. Tato porucha se vyznačuje *častými opakovanými epizodami hráčství, které jsou upřednostňovány v životě jedince na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků*. Lidé trpící touto poruchou mohou riskovat své zaměstnání, velmi se zadlužit a lhát nebo porušovat zákon, aby získali peníze nebo unikli placení dluhů. Postižení popisují intenzivní puzení ke hře, které lze těžko ovládnout spolu se zaujetím, myšlenkami a představami o hraní a okolnostech, které tuto činnost doprovázejí. Toto zaujetí a puzení se často zvyšuje v dobách, kdy je jejich život stresující. Některé znaky patologického hráčství jsou podobné znakům závislosti na návykových látkách (intenzivní puzení ke hře, zanedbávání jiných hodnot, jednání v rozporu s vlastními zájmy (Nešpor, Csémy, 1997).

Nešpor (2008) uvádí tři stadia této poruchy. První stadium je *stadium výher*. Občasné hraní nepřináší větší problémy. Průběh podstatně urychluje první velká výhra. Hráč touží výhru zopakovat, zvyšuje sázky a hraje častěji. Přestože hrával ve společnosti, přechází k osamělé hře. Často se chlubí, že vyhrál i když to nemusí být pravda. Druhé stadium je *stadium prohrávání*. Postižený myslí hlavně na hraní a s hrou nedokáže přestat. Hru často financuje s půjčených peněz, hraní skrývá před rodinou a blízkými lidmi, ruku v ruce s tím jdou i problémy v zaměstnání. Přestává být schopen splácet své dluhy. Hráč, který dospěl do tohoto stadia je neklidný, podrážděný, uzavřený. Třetí stadium je označeno jako *stadium zoufalství*. Hráč je zcela odcizen od rodiny i přátel, stále více času tráví hrou nebo fantaziemi o hře. Obvykle ovlivňuje ze své situace druhé lidi. Případné výčitky svědomí bez konkrétních kroků ke změně situace nezlepšují, obvykle se v této fázi hráč dopouští i závažných trestných činů (krádeže, zpronevěry, podvody). V době, kdy hráč nehraje, sílí jeho neklid, podráždění. Někteří hráči se snaží z bezvýchodné situace unikat pomocí alkoholu nebo jiných návykových látek. Jak dále uvádí Nešpor, časový úsek, během něhož se z příležitostného hráče stane hráč patologický, může trvat jeden až tři roky. U dospívajících bývá průběh ještě podstatně rychlejší (někdy stačí i několik týdnů i měsíců). Je tedy samozřejmostí, že čím dříve si hráč nebezpečí uvědomí, rozhodne se s hrou přestat, tím je situace snazší, naděje na nápravu je větší.

2.2.9 „Závislost“ na počítači a internetu

Chorobná závislost na počítači či internetu je dosud neprozkoumaným fenoménem. Psychiatri znají diagnózu chorobného hráčství na automatech. Zatímco patologické hráčství je prozkoumané onemocnění, s jasně rozpoznatelnými symptomy, zřejmými důsledky i propracovanou metodikou léčení, u počítačové (nebo internetové) závislosti tomu tak není.

Závislost na počítači nelze samozřejmě klást na stejnou úroveň jako závislost drogovou, lze však nalézt podobnosti v příznacích, které užívání drog provázejí. Mezi varovné signály naznačující patologické chování patří:

- vytěsnění ostatních běžných aktivit z okruhu zájmů hráče
- simulovaný svět hry se pro hráče stává tím „pravým“ světem
- jedinec „žije“ dvojím životem, při hře a v realitě⁶
- simulovaný svět umožňuje specifický prožitek, zážitek dobrodružství, sounáležitost, zkušenost (jakkoli získanou ve virtuální realitě), kterou jedinec následně disponuje. To se společně s řadou dalších skutečností velmi úzce váže k procesům získávání vlastní identity, která se může budovat v simulovaném světě (Pokorný a kol. in Vodáková, 2009).

Nešpor (2007) uvádí okolnosti, které při nadměrném užívání počítače, mají blízko k návykovému chování:

- Nadměrné věnování se počítači jako pracovnímu prostředku a nástroji. V tomto případě může problém souviset s workoholismem.
- Počítačové hry, které jsou rizikové zejména pro děti. Vedou k zanedbávání školních povinností, zaostávání v sociálních dovednostech. Mohou být i značným rizikem pro zdravý vývoj pohybového systému.
- Prvek násilí a riskování v mnoha počítačových hrách, jeho důsledkem pak může být nácvik a prožitek násilí.
- Internet je také možným prostředkem k hazardní hře. Přejít k patologickému hráčství a souvisejícím problémům je zde zřejmé.
- Internet a pornografie. ⁷ Obecně patří pornografické stránky na internetu k nejnavštěvovanějším. Přispívá k tomu zdánlivá anonymita.
- Nadměrná, časově náročná účast na internetových diskusních skupinách (chat), takto postižený člověk často zanedbává své reálné vztahy pro mělké a povrchní kontakty po internetu.

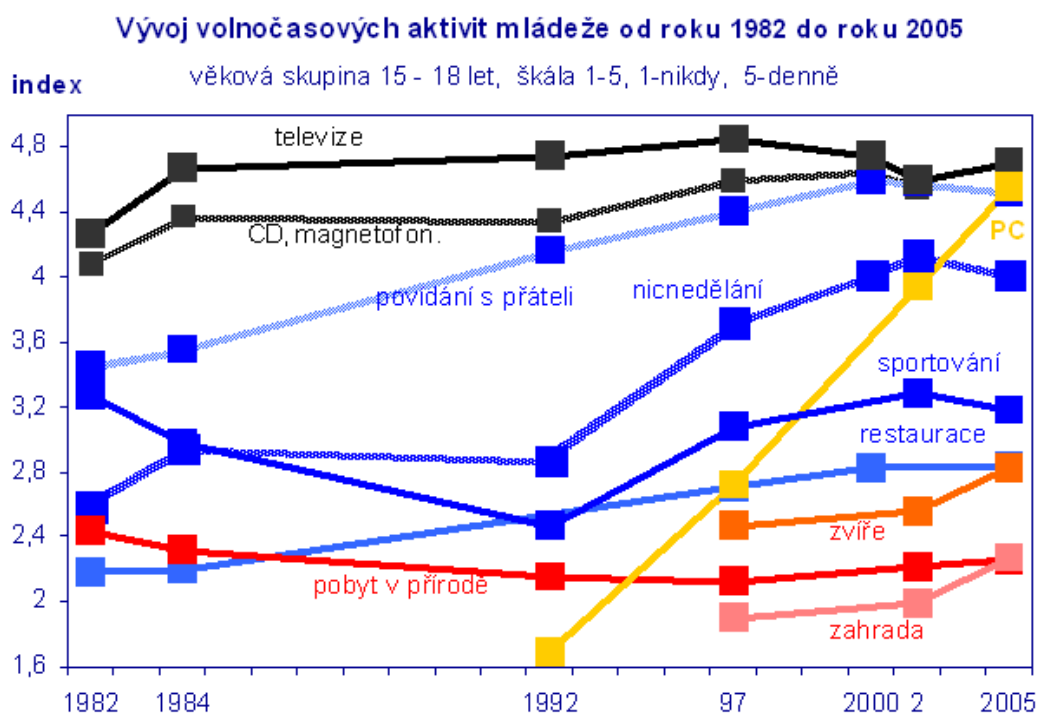
Svět počítače a internetu vytváří prostředí, do kterého může jedinec unikat před problémy v reálném životě. Vnoření se a bytí v počítačové hře může vést ke snížení schopnosti rozlišit realitu od simulace, může vést ke stírání rozdílů mezi hráčem a postavou ve hře. Herní svět může být pro hráče srozumitelnější a může mu poskytovat normy a

⁶ Pro vyvíjejícího se a vyzrávajícího jedince může být taková situace náročná a matoucí.

⁷ Až 90 procent dětí ve věku 8-16 let surfuje po porno-stránkách, většinou během "přípravy na školu". Existují desítky tisíc webů nabízejících dětskou pornografii. 97 procent pedofilů vyhledává kontakt s dětmi právě pomocí internetu.

pravidla, která jsou mu bližší. Hráč tedy může uspokojovat potřeby (na úrovni simulace), ne však v reálném světě.

Jednostranná zájmová aktivita jedince u počítače může ovlivňovat schopnost navazovat, udržovat a rozvíjet vztahy s vrstevníky a narušit tak proces zrání jedince. Za zmínku určitě také stojí fakt, že vlivem nadměrného užívání počítače nebo internetu dochází k deficitu přirozeného pohybu (následně možné fyziologické změny organismu).



Z grafu vývoje volnočasových aktivit mládeže podle Saka (2006) je zřejmé jakým způsobem se ve věkové skupině 15 – 18 let od roku 1982 vyvíjely frekvence vybraných volnočasových aktivit.⁸ V grafu jsou uvedeny průměry aktivit dané věkové skupiny. Graf ukazuje markantní nárůst trávení volného času mládeže u počítače. Sak píše „Život mládeže do značné míry probíhá v mediální a virtuální realitě. Zatímco doposud převažoval v životním poli přirozený svět a do životního pole postupně pronikala mediální a virtuální realita, v současnosti se již děti rodí do světa, který je ve velké míře vytvářen mediálně a virtuálně. Jejich psychický a sociální vývoj, sociální zrání probíhá v takto pozměněném světě. Od narození jsou média vedle rodiny významným socializačním institutem.“

⁸ V metodice opakované ve výzkumech od roku 1982 respondent přiřazoval v baterii volnočasových aktivit frekvenci s jakou danou aktivitu provozuje: 1 nikdy, 2 výjimečně, 3 občas či alespoň jednou měsíčně, 4 často či alespoň jednou týdně, 5 denně anebo téměř denně.

3 HYPOTÉZY VZNIKU ZÁVISLOSTI

Každý člověk se rodí s jistými psychickými, fyzickými a sociálními dispozicemi, které jsou podmíněny jednak dědičnými a fyziologickými faktory, jednak společensko-historickou situací. Vlivy jednotlivých elementů se prolínají a do jisté míry „předurčují“ vývoj jedince. Proměnlivost determinant různých sociálních prostředí a jejich diferencované působení v jednotlivých oblastech života formují sociální vývoj mladistvých. Proces socializace mladistvého probíhající v různých sociálních prostředích se obecně liší větší či menší formálností či bezprostředností a mírou intenzity interpersonálních vztahů (Trávníčková, 1999).

Teorie patologického rozvoje závislosti jsou variabilní, podle typu faktorů, které zdůrazňují různorodost hypotéz odpovídá skutečnosti, že závislost je složitým interdisciplinárním problémem. V současné době jsou formulovány hypotézy vzniku závislosti a jsou tříděny podle hledisek, které dominují.

3.1 Biologické hypotézy vzniku závislosti

Základním východiskem těchto přístupů je hledání biologicky podmíněných znaků, které tvoří dispozice pro vznik a rozvoj závislosti. Současné, biologicky orientované koncepty závislosti (Zášková, 1997) vycházejí z předpokladu existence vrozených či získaných odchylek metabolismu. Při argumentaci se tyto koncepty opírají o následující typy studií:

- Studium výskytu dědičných znaků, které souvisejí s abúzem.
- Studium jednovaječných a dvojvaječných dvojčat, vychovávaných v tomtéž, případně v různém prostředí.
- Experimentální pokusy na zvířatech se sledováním možnosti přenosu uměle navozených, případně získaných vlastností na další generace.
- Studium hereditární⁹ zátěže a s ní spojeného rizika pro příslušníky v užších a širších příbuzenských vztazích.
- Studium euforizujících a tlumících účinků endorfinů a biogenních aminů.

Predisponované osoby se podle biologických pojetí vyznačují takovými biologickými charakteristikami, které způsobují silný efekt drogy.

⁹ dědičný

3.2 Sociologické hypotézy vzniku závislosti

Zatímco biologické hypotézy hledají příčinu vzniku a rozvoje závislosti v tělesné složce osobnosti, sociologické hypotézy vycházejí ze společenských vztahů a zákonitostí. Problémy, které navazují na alkoholové, drogové nebo jiné patologické závislosti, mají povahu sociálních jevů. K tradičním oblastem hledání sociologických souvislostí při konzumaci drog patří sociodemografické faktory (pohlaví konzumentů, jejich věk, společenské postavení, dosažené vzdělání), dále faktory socioekonomické (rozsah produkce drog, dostupnost na trhu, ceny) a sledování přímých i nepřímých vlivů společenských skupin na jedince (rodina, škola, parta vrstevníků) (Zášková, 1997).

Základní tezí *teorie distribuce spotřeby alkoholu* je předpoklad vztahu mezi celkovým objemem konzumace alkoholu a procentem alkoholických problémů. Tzv. Ledermannova logonormální křivka distribuce spotřeby je jednovrcholová se značným jednostranným sešikmením. Lze stanovit, že 50% spotřeby alkoholických nápojů připadá jen asi na 10% populace zatímco dalších 50% spotřeby za zbývajících 90% populace. Zastánci distribučního modelu zformulovali některé obecnější teze: země s vysokou spotřebou mají největší prevalenci chorobnosti, související s alkoholem; čím více je ve společnosti konzumentů alkoholu, tím více v ní bude i alkoholiků a tím větší bude výskyt ekonomických a dalších škod způsobených alkoholem; výskyt a rozšíření alkoholismu jsou určeny celkovou úrovní spotřeby v dané populaci; spotřeba na obyvatele za rok poskytne spolehlivý odhad počtu alkoholiků; existuje úzká souvztažnost mezi úmrtností na cirhózu jater a celkovou spotřebou alkoholu (Řehán in Hrazdila, 2009).

Durkheimova teorie anomie předpokládá závažný vliv rozpadu sociálních norem v důsledků revolucí, válek, dramatických sociálních změn na vzestup konzumace alkoholu, zneužívání drog a patologického chování. Rozpad je provázen absencí společenské solidarity a soudržnosti. Závislost pak funguje jako únikový obranný mechanismus (Zášková, 1997). *Mertonovo pojetí* operuje s typy přizpůsobení podle přijetí či odmítnutí kulturně definovaných cílů a prostředků k jejich dosažení. Kriminální chování či prostituce jsou vysvětlovány akceptováním cílů současným odmítnutím legitimních prostředků k jejich dosažení, toxikomanie odmítáním jak cílů tak i prostředků (Chromý in Zášková, 1997).

Model systémové dynamiky (Vojtík, Břicháček in Zášková, 1997) zdůrazňuje význam postojů pro návykové chování. Tento model popisuje mechanismus tvorby postojů k alkoholu a interakci postojů celospolečenských a individuálních. Pozitivní postoje k alkoholu, které jsou obsažené ve společenské makrostruktuře, vykonávají nátlak na postoje jednotlivců, následně individuální postoje zpětně ovlivňují okolí a tím se kruh uzavírá.

3.3 Psychologické hypotézy vzniku závislosti

Hlubinná psychologie pohlíží na problém látkové závislosti z několika hledisek. Nejstarší hypotézy vycházejí z klasické psychoanalýzy, později se závislostí zabývá také neopsychoanalýza. Psychoanalytici pro vysvětlení vývoje závislosti předpokládali existenci specifických struktur závislých osob s rysy raných vývojových stadií (silná potřeba péče, podpory a nízká tolerance vůči frustraci a bolesti). Vedle této specifické struktury byla předpokladem existence infantilních nevědomých potřeb, které byly uspokojovány prostřednictvím užívání drog. Neopsychoanalýza vysvětluje abúzus jako snahu navodit rovnováhu organismu emoční obranou. Drogy jsou užívány pro emoční zvládnutí interakce s vnějším světem. Vědomé užívání návykových látek tedy není hledáním vzrušení, ale jakousi léčebnou redukcí stresu nebo emočního utrpení (Zášková, 1997).

Neobehaviorální psychologie odmítá (v souladu s teorií učení) závislost jako nemoc a klasifikuje ji jako naučené chování. Závislostní chování vychází z potřeb sebeprosazování. Zdrojem maladaptivních forem chování jsou sociální faktory (nezvládnuté konflikty nebo nadměrná zátěž). Za určitých podmínek se učením takové poruchy upevňují a přetrvávají. Předpoklad vzniku takové poruchy závisí na celém vývoji jedince (na předchozích zážitcích, na způsobech řešení problému). Daná teorie dále také předpokládá, že vznik a vývoj poruch se realizuje na základě celkové psychické stavby osobnosti, že tedy poruchové a neporuchové činnosti jsou ve vzájemné interakci.

Při studiu *sociálně psychologických faktorů* vzniku závislosti na návykových látkách jsou v popředí pozornosti zvláštnosti struktury a dynamiky malých společenských skupin. Jedná se zpravidla o členské skupiny závislého jedince (rodina, parta vrstevníků). Závislostní chování je považováno za důsledek vnitřních rodinných napětí a konfliktů, silného vlivu vrstevníků a podobně. Systém, který je nestabilní v důsledku napětí a konfliktů, získává při intoxikaci novou rovnováhu a je proto dočasným řešením nepříznivé situace.

4 MOTIVACE K UŽÍVÁNÍ, SPECIFIKA U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

4.1 Motivace a potřeby

Motivace bývá nejčastěji definována jako *intrapsychický proces zvýšení nebo poklesu aktivity, mobilizace sil, energetizace organismu*. Projevuje se napětím, neklidem, činností směřující k porušení rovnováhy. V zaměření motivace se uplatňuje osobnost jedince, jeho hierarchie hodnot, dosavadní zkušenosti, schopnosti i naučené dovednosti. Za nežádoucí motivaci je považován například strach, úzkost nebo bolest (Hartl, 2000).

Nejdůležitějším druhem motivů jsou *potřeby*. Potřebou nazýváme *pociťovaný, resp. prožívaný nedostatek nebo nadbytek něčeho*. Potřeby jsou *nejdůležitějším druhem motivů*. Potřeba je provázena vnitřním duševním napětím, které nás vede k určitému chování, jehož cílem je uspokojení potřeby. Tím dojde k redukci resp. k vymizení tohoto duševního napětí. Ihned se ovšem objeví nová potřeba s novým napětím. Neuspokojení potřeby nazýváme frustrací nebo deprivací. Dlouhodobá frustrace potřeb má téměř vždy nepříznivé důsledky pro duševní rovnováhu a u dětí i pro jejich duševní vývoj. Nejběžnější je dělení potřeb na materiální a kulturní, na potřeby biologické a sociálně psychologické. (Kohoutek, 2000)

Motivace k užívání drog obecně se dá klasifikovat podle různých hledisek. Pro užívání drog mohou tedy existovat důvody:

fyzické: odstranění fyzických obtíží, uvolnění, fyzické uspokojení, potřeba získat více energie

senzorické: stimulace zraku, sluchu, hmatu, chuti, smyslově sexuální stimulace

emocionální: uvolnění od psychické bolesti, pokus řešit osobní komplikace, uvolnění od špatné nálady, snížení úzkosti, emocionální relaxace

interpersonální: přání proniknout bariérami mezi lidmi, získání uznání vrstevníků, komunikace s nimi, vzdorování autoritě, posílení vazby na druhou osobu, rozpuštění závislosti na jiných osobách

sociální: potřeba prosadit sociální změny, uniknout z obtížných podmínek svého prostředí, identifikovat se s nějakou subkulturou, měnit společenské vědomí vrstevníků

politické: identifikovat se se skupinami, které protestují proti vládě, změnit drogovou legislativu, porušovat společenská pravidla atd.

intelektuální: uniknout nudě, dosáhnout intelektuální kuriozity, řešit umělé problémy, produkovat originální světové ideje, zkoumat své vlastní vědomí a podvědomí atd.

kreativně estetické: vylepšit uměleckou tvorbu, zvýšit požitek z umění, rozšířit představivost atd.

filozofické: objevovat významné hodnoty, hledat smysl života, nalézat osobní identifikaci, objevovat nové pohledy na svět atd.

spirituálně mystické: vyznávat ortodoxní víru, vázat se na spirituální náhled, získávat boží vize, komunikovat s bohem, získávat spirituální moc apod.

specifické: osobní potřeba prožít dobrodružství, jinak nevyjádřitelné prožitky, získat ocenění u určitých osob atd. (Svršek J., 1998)

Trávníčková (1999) uvádí, že za rizikové jedince (s ohledem na vznik závislosti) jsou považovány osoby nevyrovnané, neuspokojené, neúspěšné, psychicky labilní, toužící dosáhnout úspěchu či nějakých změn bez vynaložení skutečného osobního úsilí, toužící po domnělých mimořádných počitech. Dále jsou to jedinci trpící bolestivým chronickým onemocněním, s nedostatečnou strategií ke zvládnání stresu, mající nedostatečné sociální dovednosti, nízké sebevědomí, dobrou subjektivní snášenlivost alkoholu či jiných drog.

4.2 Motivace k užívání tabáku

Nejmladší uživatelé tabáku, jak uvádí Záškodná (1997), jsou motivováni zvědavostí, touhou cítit se dospělým, vyvýšením se ve své vrstevnické skupině. U pubescentů přistupují pocity nudy, které lze cigaretou rozptýlit, snaha neodlišovat se od svých vrstevníků a také obdiv k „image“ kuřáků. Kouření tabáku se tak stává pravidelnou součástí zábavy s vrstevníky a konformního chování k nim.

Od zapálení cigarety se očekává zvýšení sebevědomí u začínajících uživatelů. U pravidelných pubescentních kuřáků je motivem získání příjemných smyslových nebo relaxačních prožitků. Jen okrajově je registrována motivace vzdoru vůči dospělým autoritám. Záškodná (1997) dále uvádí, že stejně jako motivace ke kouření, i vnitřní prožitky s ním spojené se diferencují dle věku uživatelů a rozsahu užívání. Zatímco mladší uživatelé nejvíce uvádějí nepříjemné stavy nevolnosti, zklamání nebo pocity viny, pubescentní a adolescentní uživatelé popisují příjemné emoční stavy, spokojenost, odpočinek.

4.3 Motivace k užívání alkoholu

Pokud jde o masovost užívání a tragické důsledky žádná jiná droga se alkoholu nevyrovná. Záškodná (1997) uvádí, že těžiště pití alkoholu u mládeže leží v rekreační konzumaci u příležitosti rozmanitých oslav, se stoupajícím věkem vzrůstá množství požitého alkoholu. Extrémní formy užívání alkoholu se objevují od věku šestnácti let, vedle abstinentů jsou v souboru zastoupeni chlapci, kteří pravidelně, několikrát týdně konzumují alkohol. Záškodná dále uvádí, že alkohol příležitostně okusila třetina osmiletých dětí, desetiletých pak více než 50 %. Rozdíly v užívání alkoholu děvčaty nebo chlapci nejsou výrazné.

Také podle Marádové (2006) je konzumace alkoholu mezi mladými lidmi velmi rozšířeným fenoménem, což potvrzuje i rozsah užívání alkoholu mezi šestnáctiletými studenty, kteří byli dotázáni v rámci (ESPAD, 2003). Pouhá necelá dvě procenta dotázaných studentů nemá žádnou zkušenost s pitím alkoholických nápojů, naopak 80 % studentů bylo někdy v životě opilých. V současnosti konzumuje alkohol 77 % šestnáctiletých, nadměrné dávky alkoholu konzumuje pravidelně téměř 18 % dotázaných.

Důležitým faktem je, že alkohol je pro děti a mladistvé mnohem nebezpečnější než pro dospělé, neboť jejich játra nejsou schopna ho odbourávat v takové míře jako u dospělých (Nešpor, 1997). Ukázalo se také, že nekvalitní rodinné prostředí bylo u mužů evidovaných pro závislost na alkoholu častější než u mužů ostatních a neúměrné požívání alkoholu se jako nadstavba váže na poruchy chování v dětském věku. Zvyšování spotřeby alkoholických nápojů u nás je varujícím signálem vývoje. Přitom je všeobecně známo, že většinu čistého alkoholu získáváme prostřednictvím piva, které považujeme za „neškodný“ nápoj.

4.4 Motivace nadužívání léků

Nejčastějším motivem pro užití léku je bolest. K jejímu odstranění postačí užití snadno dostupného léku. Lze uvažovat i o bezpečnějších postupech při léčbě bolesti (např. stomatologický zákrok je efektivnější než pouhá aplikace analgetik pro bolest zubů). S léky se mohou děti a dospívající, podobně jako s alkoholem, snadno setkat i doma. Prevence škodlivého užívání léků je třeba spojovat s prevencí zneužívání jiných drog také proto, že se s těmito drogami často kombinují. Snadná dostupnost některých návykových léků vedla v různých zemích a dobách k pronikavému zvýšení počtu lidí, kteří je zneužívali. Vázání návykových nebo jinak rizikových látek lékařským předpisem je proto žádoucí. (Nešpor 2009).

4.5 Motivace k užívání psychoaktivních látek

Pro většinu závislých na nealkoholových látkách je typická zvýšená zvědavost, touha po dobrodružství, snaha účastnit se všech aktivit skupiny. V odborné literatuře se uvádí, že nejvíce jsou ohroženy osoby se slabou vůlí, depresivní, nestálé a úzkostné. Mezi motivy používání nealkoholových psychoaktivních látek jsou na předních místech:

- úsilí o emoční přeladění, únik ze všednosti, okamžitá potřeba odreagovat se;
- protest proti existující konvenci;
- užívání látky pro přijetí do určité sociální skupiny (Zášková, 1997)

Jedním z důvodů, proč mladý člověk může sáhnout po alkoholu nebo droze, je nuda a lenivá zvědavost. Děti nebo dospívající, kteří nejsou vázány k rodině nebo ke zdravé skupině lidí mimo ni, jsou ohroženy více (Nešpor, Csémy, 1997).

Užívání měkkých a tvrdých drog (Macek, 1999) ve srovnání s 80. léty rapidně narostlo. V tomto období bylo hlavním způsobem konzumace u nezletilých čichání těkavých látek (toluen, trichloretylen)¹⁰, v 90. letech narostlo klasické užívání drog (kouření, intravenózní aplikace). Nejčastěji volenou drogou je pervitin, následuje heroin, marihuana a organická rozpouštědla. Téměř 37 % nových uživatelů bylo ve věku 15-19 let. První užití drogy se přesouvá stále do mladšího věku. Vyzkoušení zejména měkké drogy (marihuana) se zdá být u větší části adolescentní populace společenskou událostí a vrstevnickým standardem (Miovský in Macek, 1999).

Jak uvádí Marádová (2006) zkušenost s lysohlávkami má asi 5 - 9% středoškoláků v ČR. Na černém trhu se většinou objevují sušené části houby. Jejich cena je velmi kolísavá a z větší části se jedná spíše o darování či výměnu, nežli prodej. Dostupnost této houby je poměrně vysoká díky jednoduchému sběru a sušení. Množství aktivní látky v houbě nelze odhadnout, což s sebou přináší velké riziko spojené s kontrolou intoxikace.

4.6 Motivace k patologickému hráčství

Závislost na výherních automatech, elektromechanických ruletách, kasinových "živých" hrách a interaktivních videoloterijních terminálech vzniká při opakovaných hráčských epizodách. Hráč přistupuje ke hře z různého důvodu, většinou jde o experiment, zvědavost, svedení jiným hráčem, nový prostředek zábavy, únik před nepříznivou realitou, odreagování se, odstranění stresu nebo úzkosti, možný finanční zisk či z nedostatku financí.

Statistický počet je samozřejmě pouze odhad, situace je zřejmě o něco horší, díky narůstajícímu počtu a dostupnosti heren a výherních automatů, nově také nových videoloterijních terminálů, které se umísťují už i na čerpací stanice. K léčbě se přihlásí přibližně 1% patologických hráčů a úspěšnost léčby absolutní se odhaduje na 4–6 % z léčených gamblerů. Patologického hráčství se většinou rozjeví v průběhu jednoho až tří let. U dospívajících a dětí bývá průběh ještě podstatně rychlejší. Někdy stačí několik týdnů nebo

¹⁰ Problémy s čicháním toluenu se však stále vyskytují na jednotlivých školách v České republice. Nejčastěji inhalují žáci vyšších ročníků základních škol a žáci odborných učilišť. Příčinou je snadná dostupnost levných inhalovaných látek. Mladistvé láká touha po neobyčejném zážitku a zvědavost. Počet uživatelů inhalačních drog se v poslední době příliš nemění. Maximum počtu uživatelů se ze skupiny 14-15letých, od roku 1997 ustálilo ve skupině 20 až 29letých (Marádová, 2006).

měsíců. Český zákon nedovoluje hru hazardních her osobám mladším osmnácti let a do heren s automaty jim pak úplně zakazuje vstup (Nešpor,2008).

"Co je naprosto šokující, že téměř denně hrála 1,1 procenta chlapců," uvádí Nešpor. Podle studie z roku 2007 mělo v tomto roce v ČR osobní zkušenost s hazardní hrou 16,5 procenta šestnáctiletých chlapců a asi 6,5 procenta šestnáctiletých dívek. Celkem bylo v rámci studie osloveno více než 10.000 studentů. "Dostupnost hazardu v ČR je extrémně vysoká, je vyšší nežli v sousedních zemích, zákony jsou neefektivní a ještě navíc nedodržované"(Švrčková,2009).

4.7 Motivace k nadužívání počítače, internetu nebo mobilu

Příčiny toho, co děti (už v předškolním věku) na počítačových hrách fascinuje jsou různé, například pravidla, struktura, dobrodružství, změna, „magie“ virtuálního světa. Důvody, proč dnešní děti často dávají přednost umělým zážitkům v počítačových hrách před opravdovými, tkví zejména ve snadné dostupnosti takových prostředků. V rodinách, kde převládá konzumní životní styl, je to mnohdy prvořadá forma zábavy a rozptýlení se. Práce s počítačem a na internetu má ale také obrovské možnosti a to jak tvůrčí, vzdělávací, informační a poznávací, tak i zábavné. Mobilní telefon má být užitečným pomocníkem Pro dnešní mládež, která má k informačním technologiím přístup od útlého věku, je tedy osvojování a využívání těchto moderních technologií naprostou samozřejmostí. Je to zkrátka fenomén dnešní doby. Je to módní záležitost.

K čemu děti vůbec Internet používají? Jde hlavně o využívání e-mailu, poslech hudby online, hraní her, vyhledávání informací a kontaktů, stahování a ukládání hudby a obrázků a komunikace přes messengery. Sdílení fotek a videí je pro ně také běžnou záležitostí¹¹.

4.8 Specifika u dětí a dospívajících

U dětí a dospívajících (Nešpor, 2007) se závislost na návykových látkách vytváří podstatně rychleji než u dospělých¹². Příčinou je zejména nevyzrálý metabolismus, nižší hmotnost jedince. U dětí a mládeže existuje vyšší riziko těžkých otrav s ohledem na nižší toleranci, nedostatečnou zkušenost a také z důvodu sklonu k riskování, testování hranic. Dospívání je velmi citlivé období pro rozvoj rizikového a problémového chování (zejména predeliktivní chování a páčání trestné činnosti, agrese, různé formy násilí, šikana, sexuální rizikové chování, poruchy příjmu potravy a v neposlední řadě také kouření, užívání alkoholu

¹¹ zde je důležité se zamyslet nad možností zneužití obsahu k vydírání, příp. lákání pedofilního pornografického obsahu od dětí.

¹² K čemu potřebuje dospělý často roky nebo desítky let, stihne dospívající i řádově během měsíců (Nešpor,2007)

a drog). K nejčastějším příčinám smrti u dětí a dospívajících patří v současnosti úrazy, otravy a další násilné příčiny smrti (s tím úzce souvisí zneužívání návykových látek, zejména alkoholu). Z podobných důvodů je proto vyšší i riziko nebezpečného jednání pod vlivem nějaké návykové látky. I pouhé experimentování s takovými látkami je u dětí a mladistvých spojeno s problémy v různých oblastech života. Nesmírný vliv na dospívající mají vrstevnické skupiny (pokud jedinec je jejich členem, nebo se jím chce stát). Může být směřován v pozitivním i negativním smyslu. Má-li skupina vrstevníků negativní vztah k drogám, pak je členství v ní tou nejlepší prevencí. V opačném případě je to ta nejlepší cesta k drogové závislosti. Právě z již zmíněného faktu sklonu k riskování vychází tendence zneužívat širší skupinu návykových látek, přecházet z jedné drogy na druhou nebo užívat více látek současně. I tento jev zvyšuje riziko otrav a dalších možných komplikací. Drogy narušují vytváření sítí mozkových buněk, které probíhá v dospívání. Dochází k celkovému narušení přirozeného procesu zrání. U nezletilých jedinců závislých na návykových látkách nebo je zneužívajících, bývá patrné zaostávání v psychosociálním vývoji, mají tedy problémy v oblasti vzdělávání, citového vyžívání, sebekontroly či sociálních dovedností.

Mezi významné příčiny užívání drog podle Trávníčkové (1999) v pubertě je kromě zvýšené tendence k experimentování řazena také pubertální vzdorovitost a vliv vrstevníků, respektive vrstevnických skupin. Jednorázová zkušenost s drogou zpravidla nebývá určujícím činitelem dalšího chování, někdy ovšem i první styk s drogou může způsobit vážné zdravotní následky nebo dokonce smrt (předávkování).

Typické okolnosti při vzniku závislosti u dětí a dospívajících lze shrnout do následujících bodů:

- *závislost se vyvíjí rychleji (nevyzrálý metabolismus, nedostatek zkušeností, nižší hmotnost);*
- *působení rodinné interakce*
- *vliv vrstevnických skupin*
- *dospívání rizikové období (testování hranic, riskování, přehánění)*
- *dlouhodobá prognóza je příznivější, díky přirozenému procesu zrání*

Přestože jednotlivé typy závislostí mají svůj odlišný průběh vzniku, jiná rizika nebo jiné druhy (způsoby) poškození organismu, při hledání motivace k užívání, nadužívání nebo zneužívání návykových látek nebo činností dětmi nebo dospívajícími jsou důvody v podstatě stejné. Zpravidla jde o nezdravé posilování sebevědomí jedince, patologické rodinné nebo vrstevnické prostředí, osobnostní krizi v dospívání. Výjimku v podstatě tvoří jen nadužívání počítače, avšak tento jev zatím nebyl dostatečně prozkoumán ani diagnostikován.

Znalost příčin užívání návykových látek je důležitým údajem pro pedagogicko-psychologickou diagnostiku. Školní psychologové, školní metodici prevence, pracovníci pedagogicko-psychologických poraden, kteří se podílejí na vytváření a realizaci preventivních programů zneužívání návykových látek a patologického chování dětí a dospívajících, využívají těchto znalostí při jejich preventivním působení na žáky v běžných vyučovacích hodinách i v činnostech mimo výuku.

5 MOŽNOSTI PŘEDCHÁZENÍ VZNIKU ZÁVISLOSTÍ

5.1 Prevence

Hovoříme-li o možnostech předcházení vzniku závislosti, máme na mysli primární prevenci. *Cílem primární prevence je tedy předcházet nemoci před tím, než vznikne. Sekundární prevence* se provádí až po vzniku nemoci, ale ještě předtím, než nemoc způsobila poškození. *Cílem terciární prevence* je předejít dalším škodám (K. Nešpor, 2007).

Nespecifická prevence je komplexní, zaměřená na posílení osobnosti a schopností člověka; na dovednost umět zvládat a řešit problémy. Vychází z podstaty člověka naplňovat vlastní potřeby, nadání a vede k přirozenému poznání, při němž dítě nalézá poučení v běžných situacích ze života za podmínky, že je současně poskytnuta pravdivá informace. Pravdivá informace podaná včas ve věku přiměřenou formou je základem nespecifické, ale později i specifické prevence. Příkladem nespecifické prevence ve vztahu k návykovým látkám může být pohádka, ve které jsou drogy bylinami a pohádkové postavy představují hrozbu nebezpečného chování. Nespecifická prevence je prevencí tzv. "asociálního chování". Vhodné naplňování volného času dětí je tedy také nespecifickou prevencí. Cílem nespecifické prevence je přijmout zodpovědnost za vlastní zdraví (www.primarniprevence.cz).

Základem možné *primární prevence* vzniku závislosti je vzhled na startující a související okolnosti tohoto onemocnění. Určité dispozice ke vzniku závislosti jsou zakódovány v lidských genech. Pokud je návyk na alkohol nebo jinou drogu opakujícím se mechanismem generací rodiny, je velké riziko, že i v další generaci znovu propukne. Nemusí se však vždy rozvinout ve stejné formě jako u předchozí generace, ale s moderní dobou přicházejí nové prostředky. Základem prevence se tedy jeví uvědomění si rizika, střídmost v zacházení s návykovou látkou. Také sociální faktory mohou posílit v dítěti touhu po návykové látce. Pokud dítě nebo dospívající jedinec vidí rodiče, sourozence nebo vrstevníky kolem sebe běžně konzumovat alkohol či jiné drogy, snadno dospěje k názoru, že se jedná o normální jev. Pak má také tendence konzumovat návykové látky i on sám a právem si neuvědomuje důsledky škodlivosti. Uživatelé alkoholu a ostatních drog vyrůstají často v rodinách neúplných či nefunkčních, v rodinách zaměřených na majetkové poměry (s tím souvisí životní styl rodičů). Členové rodiny hledají často cestu ven z okleštění a mohou se uchýlit k nevhodnému způsobu, tedy zneužívání návykových látek. Totéž se také velmi často děje v rodinách, kde chybí komunikace, rodiče nejsou schopni řešit své problémy. Ve všech těchto typech rodin, kdy problémy se neřeší, si jejich členové vzájemně připravují půdu pro vznik psychických problémů. Stejně jako má organismus jedince tendenci uniknout ze

stresujícího prostředí k návykové látce, ještě předtím nebo současně se zneužíváním návykových látek, se tělo brání uchylováním se do psychických poruch – úzkostí, depresí, anorexií, bulimií atd. Závislost na návykových látkách často nasedá na různé typy psychických onemocnění, popř. vzniká souběžně s nimi, tzv. duální diagnózy. V případě rozvinutí prvotních psychických příznaků úzkostí, depresí, poruch příjmu potravy a dalších psychických onemocnění je třeba najít vhodnou formu léčby dříve, než se objeví další problémy nevhodným řešením třeba v podobě požívání alkoholu či užívání návykových látek.

K. Nešpor (2007) uvádí, že *cílem primární prevence* je předejít užívání návykových látek včetně alkoholu a tabáku nebo ho oddálit do pozdějšího věku, když už jsou dospívající relativně odolnější. Dalším cílem je omezit nebo zastavit experimentování s návykovými látkami, aby se předešlo škodám na tělesném i duševním zdraví. Cílem prevence tedy není předávání informací nebo to, aby se prevence líbila, ale to, aby se cílová populace chovala zdravěji.

Zásady efektivní primární prevence podle K. Nešpora (2007) jsou:

- program začíná pokud možno brzy a odpovídá věku
- program je malý a interaktivní
- program zahrnuje podstatnou část žáků
- program zahrnuje získávání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život včetně dovedností odmítání, zvládání stresu atd.
- program bere v úvahu místní specifika
- program využívá pozitivní vrstevnické modely
- program zahrnuje legální a ilegální látky
- program zahrnuje i snižování dostupnosti návykových rizik i poptávky po nich
- program je soustavný a dlouhodobý
- program je komplexní a využívá více strategií (např. prevenci ve školním prostředí i práci s rodiči)
- program počítá s komplikacemi a nabízí dobré možnosti jak je zvládat
- selektivní a indikovaná prevence je náročnější na čas, kvalifikaci i prostředky a často vyžaduje individuální přístup a pomoc s ohledem na specifické individuální potřeby.

5.1.1 Organizační systém primární prevence v ČR

Na horizontální úrovni MŠMT aktivně spolupracuje s věcně příslušnými resorty (Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo vnitra, Ministerstvo práce a sociálních věcí,

Ministerstvo obrany) a nadresortními orgány¹³ Meziresortní spolupráce bude rozšířena v letošním roce o Ministerstvo financí a Ministerstvo spravedlnosti.

V rámci této úrovně byly ustanoveny při ministerstvu následující pracovní skupiny: Pracovní skupina specifické primární protidrogové prevence a Pracovní skupina prevence kriminality a ostatních sociálně patologických jevů složená ze zástupců věcně příslušných resortů, krajů, akademické obce, nestátních neziskových organizací, školských poradenských zařízení, vysokých škol, přímo řízených organizací ministerstva a vybraných odborníků na danou problematiku. Cílem těchto pracovních skupin je spolupráce, sjednocení přístupů a koordinace činností v dané oblasti napříč resorty.

Na vertikální úrovni MŠMT metodicky vede a koordinuje síť koordinátorů, tvořenou krajskými školskými koordinátory prevence (pracovníci odborů školství, mládeže a tělovýchovy krajských úřadů), metodiky prevence (pracovníci pedagogicko-psychologických poraden) a školními metodiky prevence¹⁴(www.msmt.cz).

5.1.2 Preventivní programy uplatňované ve školách a školských zařízeních

Preventivní výchovně vzdělávací působení musí být neoddělitelnou součástí výuky a života škol a školských zařízení. Školní preventivní programy by měly být zaměřeny do těchto významných oblastí:

- podpora zdravého životního stylu (převzetí odpovědnosti za zdraví své i ostatních)
- zvyšování sociálních kompetencí dospívajících (rozvíjet sociální dovednosti za své chování i v náročnějších situacích)
- posilování komunikačních dovedností (zvyšovat schopnost mladých lidí řešit, popřípadě se vyrovnávat s problémy a konflikty, umět požádat jasně a vhodně o pomoc, adekvátně reagovat na nejrůznější podněty, na kritiku apod.)
- odstraňování nedostatků v psychické regulaci chování (zvyšovat schopnost dětí efektivně ovládat své emoce, umět reagovat na stres a účinně se bránit všem formám sebedestrukce)
- vytváření pozitivního sociálního klimatu (nabídnout důvěryhodné a bezpečné prostředí, které bude rozvíjet a zvyšovat sebevědomí mladých lidí a posilovat jejich schopnost umět se vyrovnat s neúspěchem)

¹³ Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky při Úřadu vlády a Republikový výbor prevence kriminality při Ministerstvu vnitra – v těchto orgánech jsou zastoupeny všechny věcně příslušné resorty.

¹⁴ vybraní pedagogové ve školách a školských zařízeních

- napomáhat mládeži formovat postoje vztahující se k významu společensky obecně akceptovatelných hodnot (budování úcty k zákonu, posilování právního vědomí, zdravé postoje ke konvencím) (www.msmt.cz).

Mezi hlavní cíle preventivních programů patří především předcházení užívání návykových látek včetně alkoholu a tabáku. Jako důležité se dále jeví oddálení prvního setkání s návykovými látkami do pozdějšího věku, kdy je organismus a psychika dospívajícího relativně vyspělejší a odolnější. Zvýšením povědomí žáků o příčinách a důsledcích různých typů rizikového chování (užívání drog, alkoholu, cigaret, gambingu), snížit nebo zastavit experimentování s návykovými látkami, pokud k němu už dochází (předcházet tak různým zdravotním poškozením včetně závislosti, které by vyžadovaly léčbu). Cílem programu tedy je, aby žáci získali takové znalosti, dovednosti a postoje podporující zdravý životní styl bez drog a aby tyto přednosti dokázali uplatnit ve svém chování nejen v době realizace programu, ale i v budoucnosti.

Zpráva České školní inspekce z r. 2005 uvádí výsledky dotazníkového šetření, které se zaměřovalo na výskyt problémů na základních a středních školách. Celkem bylo dotázáno více jak čtyři tisíce žáků a studentů. Užívání drog ve škole připouští skoro 25% žáků základních škol a téměř 50% studentů škol středních, předávání drog v prostorách školy pak 10% žáků základních škol a 20% studentů škol středních (Pešek, Vondrášková, Veselý, 2007).

„Pokud je nám známo,“ uvádějí Pešek, Vondrášková a Veselý (2007) „tak v současnosti na mnoha našich základních a středních školách panuje *dosti neuspokojivá situace v souvislosti s kvalitou a systematičností poskytovaných preventivních a poradenských činností v drogové oblasti*. A to i přesto, že mladí Češi jsou podle některých současných výzkumů velmi náruživými fanoušky alkoholu, tabáku, marihuany, extáze a pervitinu. Někteří školní metodici prevence nám opakovaně sdělují, že jejich snahy o zkvalitnění preventivních a poradenských programů na té či oné škole dlouhodobě narušuje povrchnost a nekonceptnost v této oblasti ze strany MŠMT, rigidní protidrogové předsudky některých pedagogů, pracovní přetíženost obecně všech učitelů, nesystematičnost různá kvalita preventivních programů, které poskytují externí odborníci, opomíjení témat alkoholismu a nikotinismu, nezáměr rodičů aj. Také se setkáváme s případy, kdy si škola zakoupí baterii drogových testů a má za to, že potenciální nebo faktický problém s drogami mezi studenty je tímto dobře řešený nebo dokonce i vyřešený. To je ale podobné, jako když stavíte dům od střechy. Toxikologické testy nejsou samospasitelné, nehledě na diskutabilní správnost, resp. interpretaci jejich výsledků. Pokud si škola nevytvoří *transparentní a dobře propracovaný systém preventivní a poradenské práce s dětmi*, jsou drogové testy v podstatě k ničemu. Naopak, používání

drogových testů by mělo být pouze podpůrným prostředkem a jejich používání bez kvalitního preventivního a poradenského podloží může napáchat více škody než užítu.“

5.1.3 Prevence jako součást osnov a učebních plánů

Konkrétní témata prevence závislostí by měl dobrý pedagog umět uplatnit v kterémkoli předmětu. Na základních školách se objevují ve školních vzdělávacích plánech v rodinné výchově, občanské nauce, přírodovědě, biologii, vlastivědě, českém jazyce, prvouce, výtvarné výchově, tělesné výchově, chemii a základech společenských věd. Prostor pro prevenci je také v nově zaváděném předmětu „Volba povolání“, vedle zaměření na profesní orientaci a předání informací důležitých při výběru střední školy může učitel věnovat dostatek času sebepoznání žáků, procesu rozhodování, řešení konfliktů, reakcí na manipulaci a rozvoji komunikačních dovedností. Mezi základní oblasti, jichž se prevence dotýká patří oblast zdravého životního stylu (výchova ke zdraví, osobní a duševní hygiena, výživa a pohybové aktivity), oblast společenskovední (komunikace, sociální dovednosti a kompetence), oblast přírodovědná (biologie člověka, fyziologie, chemie), oblast rodinné a občanské výchovy, a oblast sociálně právní.

Preventivní práce by měla být také začleňována do aktivit, které jsou zajišťovány a organizovány mimo vyučování (zájmové kroužky, diskusní kluby, kurzy, družiny a školní kluby, ozdravné pobyty, výlety a exkurze). Pedagogičtí pracovníci a vedoucí kroužků by měli mít alespoň základní průpravu v preventivní práci a měli by mít možnost dále se vzdělávat. K nejefektivnějším nástrojům, tak jako ve všech oblastech, patří osobní příklad. Velmi důležitou roli v prevenci může sehrát třídní učitel (www.primarniprevence.cz).

V přehledu strategií prevence škod působených návykovými látkami uvádějí Nešpor, Csémy a Pernicová (1996) jako neúčinné prosté informování, citové apely nebo zastrašování. Jako účinné pak snižování dostupnosti návykových látek včetně alkoholu, nabízení lepších alternativ trávení volného času, peer programy a prevenci založenou na spolupráci různých složek společnosti.

5.1.4 Úkoly školního metodika prevence

Úkolem školního metodika prevence je *zajistit spolupráci vyučujících jednotlivých předmětů v rámci ročníku tak, aby preventivní aktivity tvořily ucelený systém*. Poskytnuté informace i stupeň rozvoje sociálních dovedností musí vždy odpovídat věku žáků. Znalostní kompetence žáků jsou přesně vymezeny v materiálu MŠMT Školní preventivní program pro mateřské a základní školy a školská zařízení. Některé dovednosti můžeme postupně rozvíjet již od prvních let školní docházky. Osvojení sociálních dovedností vyžaduje využití

interaktivních metod práce. Školní metodik prevence by měl tyto *metody ovládat a předávat své zkušenosti svým kolegům*. Zapojení školního metodika do systému preventivních aktivit předpokládá jeho činnost v oblasti metodické a koordinační, informační a poradenské. Konkrétně to znamená:

- koordinace tvorby a kontrola realizace minimálního preventivního programu školy
- koordinace a participace na realizaci aktivit školy zaměřených na prevenci záškoláctví, závislostí, násilí, vandalismu, sexuálního zneužívání, zneužívání sektami, prekriminálního a kriminálního chování, rizikových projevů sebepoškozování a dalších sociálně nežádoucích jevů
- metodické vedení činnosti učitelů školy v oblasti prevence sociálně nežádoucích jevů (vyhledávání problémového chování, preventivní práce s třídními kolektivy apod.)
- koordinace vzdělávání pedagogů školy v oblasti prevence sociálně nežádoucích jevů
- koordinace přípravy a realizace aktivit zaměřených na zapojování multikulturních prvků do vzdělávacího procesu a na integraci žáků/cizinců; prioritou v rámci tohoto procesu je prevence rasismu, xenofobie a dalších jevů, které souvisí s otázkou přijímání kulturní a etnické odlišnosti
- koordinace spolupráce školy s orgány místní správy a samosprávy, které mají v kompetenci problematiku prevence sociálně nežádoucích jevů, s okresním metodikem preventivních aktivit, popř. krajským školským koordinátorem prevence a s odbornými pracovišti (poradenskými, terapeutickými, preventivními, krizovými a dalšími zařízeními a institucemi)
- při akutním výskytu sociálně nežádoucích jevů kontaktování odpovídajícího odborného pracoviště a participace na intervenci a následné péči (dle možností a odborných kompetencí)
- shromažďování odborných zpráv a informací o žácích v poradenské péči specializovaných poradenských zařízení a jejich zajištění ve smyslu předpisů o ochraně osobních údajů
- vedení písemných záznamů umožňujících doložit rozsah a obsah činnosti školního metodika prevence, navržená a realizovaná opatření
- zajišťování a předávání odborných informací o problematice sociálně nežádoucích jevů, o nabídkách programů a projektů, o metodách a formách specifické primární prevence
- prezentace výsledků preventivní práce školy, získávání nových odborných informací a zkušeností

- vedení a průběžná aktualizace databáze spolupracovníků školy pro oblast prevence sociálně nežádoucích jevů (orgány státní správy a samosprávy, střediska výchovné péče, pedagogicko-psychologické poradny, zdravotnická zařízení, policie, orgány sociální péče, nestátní organizace působící v oblasti prevence, centra krizové intervence a další zařízení, instituce, organizace i jednotliví odborníci)
- vyhledávání a orientační šetření žáků s rizikem či projevy sociálně nežádoucího chování; poskytování poradenských služeb těmto žákům a jejich rodičům, případně zajišťování péče odpovídajícího odborného pracoviště (ve spolupráci s třídními učiteli)
- spolupráce s třídními učiteli při zachycování varovných signálů spojených s možností rozvoje sociálně nežádoucích jevů u jednotlivých žáků a školních tříd a participace na sledování úrovně rizikových faktorů, které jsou významné pro rozvoj sociálně nežádoucích jevů ve škole
- příprava podmínek pro integraci žáků s poruchami chování ve škole a koordinace poskytování poradenských a preventivních služeb těmto žákům školou a specializovanými školskými zařízeními (www.msmt.cz)

5.1.5 Peer programy

Principem peer 15programů je *aktivní zapojení předem vybraných vrstevníků pro formování postojů mladých lidí, s možností účinně ovlivnit jejich rizikové chování*. Tato činnost se osvědčuje jako velmi efektivní způsob primární prevence sociálně negativních jevů jak u dětí ze základních škol, tak i u středoškoláků, kteří věnují svůj volný čas přípravě programů pro své mladší kamarády. Je důležité předávat tyto informace zábavnou formou, nejlépe pomocí her. Obsahem činnosti bývá od podrobného probírání otázek z peer programů, přes sledování naučných videopořadů (k těm nesmí chybět následný komentář a diskuse), různé hry ve třídě, tělocvičně, na školním hřišti, v parku, návštěv kluziště nebo kina, až po řešení nejrozmanitějších problémů (ve skupině i individuálně). Žáci považují peer aktivisty za své kamarády, mají k nim důvěru a díky tomu se daří odhalit případy patologického chování žáků (www.primarniprevence.cz).

Jak Nešpor a Provazníková (1999) uvádějí, jedná se o jednu z mála prokazatelně účinných forem prevence vhodné pro školní děti a mládež. Metodika peer programu byla schválena Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy a podrobně rozpracována ve

15 Význam anglického slova „peer“ (vrstevník) je mnohem širší. Je to někdo, s nímž se cílová populace může ztotožnit. Určitou roli hraje nejen věk, ale i např. sociální situace nebo zaměstnání. Jestliže se cílová populace s nositeli preventivního programu ztotožnění, poměrně snadno nabyté dovednosti a postoje uplatní v praxi. V životě se totiž dostává do podobných situací jako nositelé programů (Nešpor, 1995).

vybraných odborných publikacích i na webových stránkách. První metodiku peer programů pro podmínky základních škol a práci učitelů u nás vypracoval Nešpor v roce 1995. Základní moduly jsou metodicky dobře rozpracovány vzhledem k obsahu i časové posloupnosti. Program umožňuje určitou flexibilitu s ohledem na konkrétní podmínky školního nebo třídního kolektivu. Ředitelé škol i samotní pedagogové, jej postupně zavedli do svých preventivních programů ve škole. Aby dobrá metodika neselhávala v rukách připravených a proškolených pedagogů je potřeba věnovat pozornost výběru žáků (podle jejich schopností a dovedností) a obsahu programu (zaměření nejen na nácvik technik odmítání drog -snížení poptávky po drogách). Zařazení peer programů by však nemělo být považováno za jedinou možnost v oblasti prevence na konkrétních školách, přesto stát se „peerem“ by mezi dětmi mělo být prestižní záležitostí. Příprava a realizace peer programů je velmi náročná. Je důležité, aby jej garantovaly odborné zařízení, zajímající se PP. Jedná se o dlouhodobou intenzivní práci s peer aktivisty, proto jsou důležitá kritéria pro jejich výběr (věk, osobnostní předpoklady, přirozená vůdčí osobnost, komunikační dovednosti, pozitivní vzor zdravého životního stylu atd.). Důležitá je příprava metodiky celého programu a s ní spojený náročný trénink vrstevníků, v neposlední řadě i neustálý kontakt s peer aktivisty a supervizi jejich činnosti. O peer programy je zájem také ze stran středoškoláků. Téma drog je nepochybně neustále přitahuje a je proto důležité všechny zájemce o spolupráci v těchto programech podchytit. Organizátor a garant peer programu pak může dle citlivě zvolených kritérií pro výběr aktivistů zájemce zapojit do většího spektra dílčích programů s ohledem na jejich osobnostní předpoklady (www.primarniprevence.cz).

Právě z nedostatku prožitků vznikají problémy se závislostmi. Dítě a dospívající chce tyto prožitky, hledá je, pokud je ve svém přirozeném životním prostředí (rodina, škola, kamarádi) nenachází, dochází k útěku k „umělým“ prožitkům. Východiskem z této situace může být nabízení a vytváření těch „pravých“ prožitků, které lze získat pomocí pohybových aktivit. Nejen nabízení a vytváření těchto prožitků, ale i pokus o jejich začlenění v daleko větší míře do vzdělávacího systému na školách a v zájmových organizacích, které se zabývají využitím volného času dětí a mládeže.

5.2 Prevence v rodině

5.2.1 Zásady prevence v rodině

S poučením o drogách, jejich zneužíváním a nebezpečí by se mělo začít brzy v důvěrných rozhovorech. Kritický postoj ke drogám se vyvíjí pouze v delším procesu, jedna jediná diskuze nestačí. Místo soustředění se na rozhovor o ilegálních drogách má větší smysl poukázat na to, co mají legální a ilegální drogy společného. Základem všech návykových

onemocnění jsou podobné duševní pochody. Rozlišování drogy na legální a ilegální je čistě politické, nikoli lékařské nebo sociální. Vlastní konzum alkoholu je podobný konzumu konopí mých dětí. Jde o věrohodnost argumentu. Nelze na dítě nebo dospívajícího emocionálně působit, pokud se po jeho prvním ochutnání konopí děsíme budoucnosti, stejně jako zůstáváme-li v nečinnosti pokud tento jedinec každý víkend konzumuje větší množství alkoholu. Trvalá diskuze s mladistvými, zda je či není alkohol u dospělých nebezpečnější než příležitostné užití hašiše, se dá z úhlu pohledu rozvoje závislosti lehce zodpovědět. Obojí je nebezpečné, má-li to náhradní funkci, tzn. potřebujeme-li danou látku užít v krizových situacích k regulaci duševní rovnováhy. Vůči dětem a dospívajícím je věrohodnější a ve smyslu prevence závislosti také efektivnější přiznat problém s vlastním konzumem a nebagatelizovat ho. Pokud si dospělý zapaluje jednu cigaretu od druhé, měl by přiznat, že přes mnohé pokusy nedokáže odvyknout. Dospělí tak mohou na vlastním příkladě demonstrovat, jak může být těžké zbavit se návyků či závislosti, pokud s tím člověk už jednou začal (Fr. Christoph Göhlert, Frank Kuhn, 2001).

Pro zásady prevence v rodině (Nešpor, Csémy, 1996) je důležité: *získat důvěru dítěte a umět mu naslouchat, umět s dítětem o návykových látkách hovořit, předcházet nudě, pomáhat dítěti přijmout takové hodnoty, které mu usnadní návykové látky odmítat, vytvořit zdravá rodinná pravidla, pomoci dítěti bránit se nevhodné společnosti, posílit sebevědomí dítěte a spolupracovat s dalšími dospělými.*

Svá specifika má prevence u dětí s poruchou osobnosti, hyperaktivitou, se sklonem k násilí či u dětí trpících úzkostnými stavy. Nároky na rodiče těchto dětí jsou velké. Prevence by měla bezesporu zahrnovat osobní příklad rodičů. Zvláště důležitá je emoční podpora ze strany rodiny v krizových situacích (školní neúspěch, nepřijetí na střední školu a podobně).

Autoři Fr.-Christoph Göhlert a Frank Kühn (2001) řadí mezi prevence nežádoucího návyku následující možnosti:

- a) *protidrogovou osvětu a funkci příkladu*
- b) *aktivitu místo pasivního chování*
- c) *výchovu k ne-závislosti*

Při diskuzi o škodlivosti drog je důležité neomlouvat vlastní špatné návyky, *diskutovat obsahově vyváženě*. Vůči dětem je nejen věrohodnější, ale ve smyslu prevence závislosti také efektivnější vlastní konzum alkoholu nebo cigaret kriticky uznat, objasnit, jakým způsobem, držíme své vlastní špatné návyky nebo závislosti pod kontrolou, nebo jaké podnikáme kroky například k odvykání kouření. Rodiče tak mohou na vlastním příkladě ukázat, jak může být těžké zbavit se závislosti na nikotinu.

K prevenci závislosti patří také *aktivita*. Schopnost začít aktivně sám se sebou a z vlastní síly překonávat pocity nechuti. Čím méně frustrace se připustí, tím lépe s ní bude umět dítě později zacházet.

Velmi důležitá je v tomto směru zkušenost. Tím, že jedinec si zvládne své problémy sám, vzniká *důvěra ve vlastní schopnosti*. Z toho zase vzniká sebejistota a hrdost na vlastní výkon právě tak jako dobrý pocit vlastní hodnoty. Výchova v této souvislosti znamená, že svému dítěti pomohu, aby bylo na mně nezávislé. Rodič či vychovatel může být přesvědčen, že by si v dané situaci uměl poradit lépe, či daný problém vyřešit rychleji, ale tím by zbavoval své dítě nejdůležitější „drogy“ - životního elixíru radosti z úspěchu. Důsledkem by byla nesamostatnost a pocit selhání, rizikovými faktory pro rozvoj návykovosti (Fr.-Christoph Göhlert a Frank Kühn, 2007).

5.2.2 Problémy s alkoholem nebo drogami u rodičů

Zcela specifickou kategorií je prevence u dětí z rodin, kde sami rodiče jsou závislí. Děti z těchto rodin jsou bezpochyby mnohem více ohroženy. Vedle dědičných faktorů působí na vývoj dětí také sociální faktory. Nezletilí, kteří vyrůstají s drogově závislými rodiči, jsou ohroženy ve schopnostech zvládat životní situace a v dospělosti se častěji stávají závislými v důsledku porušení obranné funkce rodiny. Děti obtížně snášejí trvalé napětí a nejasnost rodičovských rolí. Často jsou pak tyto děti úzkostné Nešpor a Csémy(1996) doporučují dodržovat v takových rodinách následující zásady:

- 1) Léčba rodiče závislého na alkoholu nebo droze, jestliže je úspěšná, mívá na dítě velmi pozitivní vliv.
- 2) Funkci selhávajícího rodiče může dočasně nebo i dlouhodobě převzít jiný člen rodiny.
- 3) Vytvořit pro dítě předvídatelné prostředí, ve kterém mají věci svůj řád. V takovém prostředí se chodí v určitou dobu spát, někdo pamatuje na jeho narozeniny, někdo z rodiny jde na třídní schůzku.
- 4) Zejména nejstarší sourozenci bývají v takových rodinách předčasně vháněni do role dospělého. Očekává se od nich, že převzmou roli selhávajícího rodiče, což přesahuje jejich síly a možnosti. To nemusí zůstat bez následků. Proto je vhodné orientovat dítě spíše na záležitosti, které přísluší jeho věku, dát mu prostor pro spontánnost a hru, nesvazovat ho odpovědností za věci, které nemůže ovlivnit (jako je zejména chování problémového rodiče).
- 5) Pokud rodič, který nadměrně pije alkohol nebo zneužívá drogy, překročí určitou hranici, je třeba žádat o pomoc instituce mimo rodinu (zdravotníky, oddělení péče o

děti, policii atd.). Je samozřejmě nepřipustné tolerovat nepřiměřené tresty, týrání, soustavné zanedbávání nebo fyzické napadání.

5.3 Zdravé sebevědomí, psychická odolnost a zodpovědnost

5.3.1 Výchova zdravého sebevědomí

Zdravé sebevědomí pomůže dítěti odmítat alkohol a drogy (Nešpor, Csémy, 1997). Lidé, kteří mají s alkoholem a drogami problémy, mívají často problémy se svým sebevědomím. Pro vybudování zdravého sebevědomí dítěte je *důležité dítě chválit*, a to i tehdy, pokud nedosáhne úspěchu, ale vyvine-li poctivou a upřímnou snahu. Zvláště důležitá je pochvala pro děti selhávající nebo pro děti s jakýmkoli handicapem. Rodič i pedagog by měli dítěti *pomáhat stanovit si rozumné cíle*. Zklamání z neuskutečnitelného cíle je pro sebevědomí dítěte bolestivá rána. Pokud se dítěti nedaří, je dobré *kritizovat konkrétní chování, ale ne samotné dítě*. Pro zdravý rozvoj sebevědomí je důležité zjištění, že „jsem udělal něco špatně, ne že jsem špatný“. Pro dítě jakéhokoli věku je podstatné vědět, že *je uznáváno a milováno*.

Vztah rodičů k dítěti utváří jeho vztah k sobě samému. Protože sebevědomí znamená *vědomí si vlastní ceny a vlastních schopností*. Toto vědomí je provázené vírou v sebe a v úspěšnost vlastních výkonů. A teprve zdravé sebevědomí může vést k sebedůvěře, ke kladnému postoji člověka k sobě samému, ke svým možnostem a výkonnosti (Hartl, 2004)

Zdravé sebevědomí, jak uvádí Fontana (2003), vyplývá z uvědomění toho, že na člověku záleží lidem, které miluje, kteří jsou za něj zodpovědní nebo s nimiž pracuje. Vyplývá také z vědomí, že člověk si počíná tak, jak to jen se svými schopnostmi nejlépe dokáže, a že ostatní lidé nečíhají kriticky na jakoukoli jeho chybu. A koneckonců zdravé sebevědomí vyplývá i z vědomí, že pochopení a přízeň, které člověk poskytuje druhým, by měl poskytnout také sám sobě.

Je třeba povzbuzovat děti k tomu, aby vyjádřily svůj obraz o sobě. Děti s nízkým sebevědomím nebývají své negativní sebepojetí schopny kriticky přezkoumat, pokud toto pojetí není definováno a rozpoznáno takové, jaké je. Jakmile se dítě naučí, jak své pochybnosti o sobě vyjádřit, jak vyjádřit své sebepojetí, lze mu pomáhat konfrontovat se s těmito pochybnostmi a zjistit tak jejich neopodstatněnost (Fontana, 2003).

5.3.2 Výchova k psychické odolnosti dítěte

Ať už se jedná o rodiče dítěte nebo jeho vychovatele, představují tyto lidé pro dítě vzor a model chování. Tuto skutečnost bychom neměli podceňovat. Potížím, které se nám i dítěti

postaví do cesty, bychom se neměli vyhýbat. Dítěti totiž podle svých vzorů vštěpuje *strategie, jak s problémy nakládat*. Má za úkol zvyknout si nevzdávat se tváří v tvář těžkostem a překonávat překážky. Podporovat by ho při tom měli jak rodiče, tak i další dospělí, kteří jsou pro ně autoritou.

Matějček (2005) při analýze základních rysů osobnosti uvádí pojem *citová stabilita*. Tato psychická vlastnost by se dala také označit jako pozitivní emocionalita, emocionální stabilita (jak je nazývána v Big Five¹⁶) nebo opak neuroticismu. Znamená určitou odolnost vůči nepříznivým náporům vyvíjeným na jedince, ale také jako určitý optimismus v pohledu na přítomnost a ve výhledu do budoucnosti. Touto vlastností disponuje člověk klidný a vyrovnaný, nikoli zlostný nebo úzkostný. Uvádí dále, že tato charakteristika je také jedním ze základních kamenů *resilience*¹⁷.

Dítě má možnost vidět dospělé v konfrontaci s různými situacemi, sleduje jejich chování a opakuje je. Učí se tak zmíněné strategie, způsoby, jakými se má postavit náročné situaci, jak v ní reagovat, jak komunikovat nebo například jak řešit konflikt.

Především je důležité zbavit se své úzkosti, což znamená zbavit dítě jeho úzkosti - čili dopřát dítěti pocit bezpečí a jistoty. Rodiče a vychovatelé mají dětem důvěřovat, a to se jim daří, pokud mají dostatečnou důvěru sami v sebe. Nezávislí vychovatelé hodnotí samostatnost dětí často výše než rodiče. To otevírá dítěti jedinečný prostor a případnou kompenzaci příliš úzkostné rodinné výchovy. Vyšší důvěra a požadavky na samostatnost umožňují dítěti rozvinout schopnosti přispívající k zvyšování jeho kompetencí. Dospělí podílející se na výchově dítěte mají možnost mu tyto příležitosti otevírat a provázet je - každý den k tomu nabízí četné možnosti. Role učitele a dalších výchovných pracovníků je na druhou stranu ztížena právní odpovědností za dítě, takže je pochopitelné, když volí bezpečné a osvědčené aktivity.

Děti, na které jsou kladeny příliš vysoké nároky, zažívají často neúspěchy a méně si pak důvěřují. Děti, na které jsou kladeny příliš nízké nároky, nemají šanci poznat své možnosti. Dospělí by měli být oporou při učení dětí. Vybírají a strukturují jejich aktivity, pak je směřují různými formami neverbální komunikace, nebo přímým vysvětlováním a zaměřováním. Dospělí, kteří chtějí rozšířit kompetence dítěte různými činnostmi, potřebují získat zájem dítěte o úkol, zjednodušit jej, motivovat dítě, udržet jeho snahu, zaměřit

¹⁶ Od 2. pol. 20.stol. využívá řada psychologů v psychodiagnostice pět základních faktorů (rysů) osobnosti - tzv. velká pětka (Big Five): extraverte, přívětivost, svědomitost, emocionální stabilita a intelekt

¹⁷ resilience- nezdolnost, houževnatost. Jde o souhrn činitelů, které člověku pomáhají přežít v nepříznivých podmínkách, ve stresu, osamění, při bolestivé nemoci. K takovým činitelům patří : zdravé sebepojetí a sebeúcta, kritické myšlení, schopnost odolávat nátlaku (Hartl, 2004)

pozornost na důležité rozdíly mezi tím, na čem se dítě ustálilo a ideálním řešením, kontrolovat frustraci a risk a ukázat ideální řešení. Tyto postupy napomáhající řešení úkolu se dítě postupně učí a provádí je samostatně, už bez přítomnosti dospělého (Horáková, Suchochlebová, 2009).

5.3.3 Výchova k zodpovědnosti

Řadě problémů se zdravím nelze v životě předejít, nedá se jim zcela spolehlivě vyhnout (např. genetické dispozice), nicméně rizika a tedy pravděpodobnost, že onemocníme, lze v některých případech dobře ovlivnit. Způsobem života, jaký vedeme, můžeme některá rizika vedoucí k onemocnění omezit, snížit, potlačit nebo naopak některá rizika zvýšit. Nejsnazším, nejúčinnějším a současně nejlevnějším preventivním opatřením je *výchova k zodpovědnosti za vlastní zdraví*. Zodpovědnost za zdraví člověk nezískává automaticky, ale vytváří se postupně v průběhu života tím, jak je člověk schopen uvědomit si rozdíly mezi zdravím a nemocí a posoudit výhody zdraví oproti nevýhodám nemoci. V tom okamžiku je nejvyšší šance ovlivnit chování člověka a formovat jeho postoj ke zdraví pozitivním směrem.

Zodpovědný postoj k vlastnímu životu je prostředek, jak zvýšit šance jedince na život ve zdraví. Čím dříve je prevence použita, tím větší efekt lze očekávat. Zodpovědný postoj k vlastnímu zdraví je tedy jedním z úkolů při výchově k zodpovědnosti.

Odpovědnost, jak uvádí Hartl (2004), je vlastnost osobnosti, projevující se pohotovým jednáním podle požadavků a norem, které mají charakter povinnosti. Odpovědnost tedy úzce souvisí se soustavou přesvědčení a hodnot jedince. Dětem a dospívajícím je potřeba pomáhat k tomu, aby za své chování přebíraly více zodpovědnosti. V souvislosti s protidrogovou prevencí jde zejména o zodpovědnost za své zdraví.

„Schopnost odmítnout nabízenou drogu,“ píše Presl „postavit se tlaku vrstevníků ve smyslu prosazení vlastní individuality, prožít si pocit odmítnutí se zadostiučiněním a nikoli s pocitem viny je jednou ze základních schopností, ke kterým by měla výchova vést. Tato schopnost nemusí být vůbec spojena s drogami, ale měla by tu být. Souvisí s výchovou k individualitě, se schopností uvědomovat si zodpovědnost za vlastní jednání, ale také s vědomím svých vlastních individuálních práv a svobod. Tento způsob výchovy dítěte je nejpřirozenější prevencí nejen vůči drogovým problémům, ale i dalším civilizačním chorobám.“

Výchova ke zdraví je zakotvena v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání ve vzdělávací oblasti Člověk a zdraví. Tato vzdělávací oblast přináší základní podněty pro ovlivňování zdraví, žáci se s nimi seznamují, učí se je využívat a používat ve svém životě. Žáci by měli poznávat sami sebe jako živé bytosti, pochopit hodnotu vlastního

zdraví, důležitost zdravotní prevence i problematiku nemocí či jiných poškození zdraví. Pro školní děti je také důležité osvojit si dovednosti a způsoby chování (rozhodování), které vedou k zachování či posílení zdraví a získávat potřebnou míru odpovědnosti za zdraví vlastní i zdraví jiných. Jde tedy z velké části o poznávání zásadních životních hodnot, o postupné utváření postojů k nim a o aktivní jednání v souladu s nimi. V neposlední řadě by se měli seznámit s možným nebezpečím, které ohrožuje zdraví v běžných i mimořádných situacích. Oblast Člověk a zdraví svým vzdělávacím obsahem bezprostředně navazuje na obsah vzdělávací oblasti Člověk a jeho svět. Vzhledem k individuálnímu i sociálnímu rozměru zdraví je vzdělávací obor Výchova ke zdraví velmi úzce propojen s průřezovým tématem Osobnostní a sociální výchova (www.rvp.cz).

„Dospívání, dozrávání a formativní působení,(Jedlička, 2004) v jejichž průběhu se výchova převrací v sebevýchovu, otevírá rovněž porozumění k dosažené míře svobody. Ta je vyměřena jak pro jednotlivce, tak pro společenství především podle toho, jak obtížné překážky dokáží zdolávat – jakou námahu podstoupí a vydrží, aby bylo dosaženo nejen vyšších možností života, ale bylo i pravděpodobné nabyté zisky udržet.“

6 ZÁVĚR

Problematika závislosti je závažným sociálně patologickým jevem, neboť zneužívání drog poškozuje nejen zdraví a kvalitu života jedince a jeho blízkých, ale v důsledku všech negativních dopadů ohrožuje i zdravý vývoj celé společnosti.

Experimentování s návykovými látkami se však stává nedílnou součástí životního stylu nemalé části dospívajících. Ve sdělovacích prostředcích slýcháme o problematice závislosti poměrně často. Domnívám se však, že takto získané informace nejsou ucelené a nedávají veřejnosti konkrétní a reálnou představu o rizicích vzniku nebo možnostech předcházení závislosti. Systém prevence v českém školství je podrobně a kvalitně rozpracován. Otázkou zůstává, zda je i v praxi efektivně využíván. Je všeobecně známo, že předcházení vzniku závislostního chování je velmi důležité. Ovšem obecně rozšířená představa, že záleží pouze na pevné vůli, je mylná. Stejně tak je mylné domnívat se, že základ prevence spočívá pouze v dobře strukturované školní přednášce či besedě, nebo vyjmenování rizik závislosti vlastním dětem při nedělním obědu.

Pokud se rodičům a pedagogům skutečně podaří vštípit dětem a dospívajícím základy zodpovědnosti za své zdraví a chápat závislost jako nesvobodu v jejich vlastním životě, mají šanci vychovat osobnosti, které budou nacházet smysl života v jiných hodnotách.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Alkohol[online].2008[cit.20090610].Dostupný z WWW:<<http://www.krystalhelp.cz/index.php?pg=legalni&ppg=alk>>.

FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie : Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha : Grada Publishing, 2009. 218 s. ISBN 978-80-247-2781-3.

FIŠEROVÁ, Magdalena. Historie, příčiny a léčení drogových závislostí. *Postgraduální medicína*. 2000, roč. 2, č. 3, s. 288-298.

FONTANA, David. *Psychologie ve školní praxi : Příručka pro učitele*. Praha : Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-626-8.

GOHLERT, Fr.-Christoph, KUHN, Frank. *Od návyku k závislosti : toxikomanie, drogy:účinky a terapie*. Praha : Ikar, 2001. 143 s. ISBN 80-7202-950-9.

HARTL, Pavel. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.

HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Praha : Portál, 2004. 312 s. ISBN 80-7178-803-1.

HORÁKOVÁ HOSKOVCOVÁ, Simona, SUCHOCHLEBOVÁ RYNTOVÁ, Lucie. *Výchova k psychické odolnosti dítěte : Silní pro život*. Praha : Grada Publishing, 2009. 224 s. ISBN 978-80-247-2206-1.

HRAZDIRA, Jan. *Determinanty léčby závislosti u dospělých* [online]. 2009 [cit. 2009-07-15]. Dostupný z WWW: <http://is.muni.cz/th/166674/pdf_m/pdf_verze.pdf?lang=en>.

JEDLIČKA , Richard, et al. *Děti a mládež v obtížných životních situacích : Nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí*. Praha : Themis, 2004. 478 s. ISBN 80-7312-038-0.

KOHOUTEK, Rudolf. *Základy psychologie osobnosti*. Brno : Akademické nakladatelství CERM, 2000. 263 s. ISBN 80-7204-156-8.

MACEK, Petr. *Adolescence*. Praha: Portál, 1999. 207 s. ISBN 80-7178-348-X.

MARÁDOVÁ, Eva. *Prevence závislostí*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 28 s. ISBN 80-86991-70-9.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologické eseje : (z konce kariéry)*. Praha : Karolinum, 2005. 209 s. ISBN 80-246-0892-8.

NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav, PERNICOVÁ, Hana. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a na středních školách : Příručka pro pedagogy*. Praha : Sportpropag, 1996. 156 s.

NEŠPOR, Karel. *Jak vzniká závislost* [online]. 2008 [cit. 2009-06-12]. Dostupný z WWW: <<http://gamblerhelp.webnode.cz/jak-vznika-zavislost/>>.

NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislostí : Příručka pro praxi*. Praha : Psychiatrické centrum, 1996. 203 s. ISBN 80-85121-52-2.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost : Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha : Portál, 2007. 176 s. ISBN 978-80-7367-267-6.

NEŠPOR, Karel, PROVAZNÍKOVÁ, Hana. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami : pro rodiče a pedagogy*. Praha : Fortuna, 1999. 54 s. ISBN 80-7071-123-X

NEŠPOR, Karel. *Zneužívání léků, závislost na lécích a možnosti prevence* [online]. 2009 [cit. 2009-06-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.drogovaporadna.cz/aktualita.php?id=243>>.

PEŠEK, Roman , VONDRÁŠKOVÁ, Andrea, VESELÝ, Ondřej. *Drogová závislost aneb Rychlý běh pro krátké trati : poradenská příručka pro děti, dospívající a jejich rodiče* . Písek : ARKÁDA - sociální psychologické centrum, 2007. 84 s. Dostupný z WWW: <http://www.kcentrumnoe.cz/cze/index.php?action=subject_publication>. ISBN 978-80-239-9405-6.

PRESL, Jiří. *Drogová závislost : Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha : Maxdorf, 1995. 88 s. ISBN 80-85800-25-X.

SAK, Petr. *Proměny volného času a zaostávání pedagogiky* [online]. 2006 [cit. 2009-07-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.blisty.cz/2006/7/3/art29205.html>>.

Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy [online]. 2006 [cit. 2009-07-11]. Dostupný z WWW: <<http://www.msmt.cz/socialni-programy/strategie-prevence-socialne-patologickych-jevu-u-deti-a>>.

SVRŠEK, Jiří. *Drogová závislost I* [online]. 1998 [cit. 2009-06-20]. Dostupný z WWW: <http://natura.baf.cz/natura/1998/3/9803-6.html>

ŠVRČKOVÁ , Táňa . *Psychiatr: Každý stý český kluk hraje denně na automatech* [online]. 2009 [cit. 2009-07-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.icm.cz/psychiatr-kazdy-sty-cesky-kluk-hraje-denne-na-automatech>>.

Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog. Praha : Psychiatrické centrum, 2000. 80 s. ISBN 80-85121- 08- 5.

TRÁVNÍČKOVÁ, Ivana. Ročník XXXII 11999 Základní model vzniku drogové závislosti . *Kriminalistika* [online]. 1999, roč. 32, č. 1 [cit. 2009-06-23]. Dostupný z WWW: <http://web.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/kriminalistika/1999/9901/drog_zav.html>.

VODÁKOVÁ, Jana. *Závislost na počítačových hrách* [online]. 2009 [cit. 2009-07-09]. Dostupný z WWW: <<http://www.zkola.cz/zkedu/rodiceaverejnost/socialnepatologickejevyajejichprevence/zavislosti/virtualnidrogy/29621.aspx>>.

ZÁŠKODNÁ, Helena. *Děti, mládež a drogy na území města Ostravy*. Ostrava: FFOU, 1997. 159 s. ISBN 80-7042-468-0.

ZPRÁVA O PROBLEMATICE ZÁVISLOSTI [online]. 2006 [cit. 2009-06-16]. Dostupný z WWW: <http://www.gambling.wbs.cz/Gambling__clanky_k_tematu.html>.

www.msmt.cz

www.primarniprevence.cz

www.rvp.cz

www.vychovakezdravi.cz

8 PŘÍLOHY

8.1 Akční plán realizace Národní strategie protidrog. politiky na období 2007-2009

www.vlada.cz

Akční plán rozvíjí Národní strategii protidrogové politiky na období 2005 až 2009 a je základním nástrojem pro její implementaci. Definuje v základních oblastech protidrogové politiky konkrétní cíle, jednotlivé činnosti k jejich naplnění, určuje odpovědnosti s časovými termíny a definuje ukazatele plnění jednotlivých cílů. Byl vypracován na základě platné Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009 a evaluace plnění předchozího akčního plánu, která byla předložena vládě pod názvem Souhrnná zpráva o plnění Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2006 (viz usnesení vlády č. 442/2007).

Usnesení vlády a záznamy z jednání vlády je možno si vyhledat v Archivu dokumentů vlády. Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007 až 2009 byl schválen usnesením vlády č. 845 ze dne 25. července 2007.

Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007 až 2009 se zaměřuje na následující oblasti:

1. Primární prevence
2. Léčba a následná péče
3. Snižování rizik
4. Snižování nabídky drog a vymáhání práva
5. Koordinace a financování
6. Informace, výzkum a hodnocení
7. Mezinárodní spolupráce.

Problematika legálních drog (alkohol, tabák) je obsažena přímo v jednotlivých oblastech protidrogové politiky.

8.2 Cíle národní strategie a oblasti Akčního plánu

Specifické cíle	Oblasti Akčního plánu
1. Stabilizovat případně snížit počet problémových uživatelů drog	Léčba a následná péče Primární prevence
2. Zastavit nárůst experimentálního a příležitostného užívání legálních a nelegálních drog	Primární prevence Informace, výzkum a hodnocení
3. Stabilizovat případně snížit spotřebu legálních a nelegálních drog ve společnosti, zejména mezi nezletilými mladými lidmi	Primární prevence Léčba a následná péče
4. Snížit potenciální rizika užívání všech typů drog a ekonomické, zdravotní a sociální dopady jejich užívání na jedince a společnost	Snižování rizik Léčba a následná péče
5. Zvyšovat kvalitu života uživatelů všech typů drog, jejich rodičů a blízkých prostřednictvím zajištění dostupnosti kvalitních služeb léčby a resocializace	Léčba a následná péče
6. Snížit dostupnost legálních a nelegálních drog pro obecnou populaci a zejména pro nezletilé mladé lidi prostřednictvím efektivnějšího využívání existujících legislativních a institucionálních nástrojů	Snižování nabídky a prosazování práva
Technicko-organizační cíle	Oblasti Akčního plánu
7. Zefektivnit a zprůhlednit financování jednotlivých strategií a opatření protidrogové politiky na základě identifikovaných potřeb a jejich prokázané efektivity	Koordinace a financování Informace, výzkum a hodnocení
8. Vytvořit dostatečnou zákonnou oporu protidrogové politiky, zkvalitnit její stávající systém a vybudovat funkční a přehlednou strukturu založenou na efektivní koordinaci aktivit zapojených subjektů na všech úrovních s jasně definovanými a rozdělenými povinnostmi a kompetencemi;	Koordinace a financování Informace, výzkum a hodnocení
9. Navrhnout a zavést do praxe flexibilní model všestranné komunikace a stanovit kompetence zúčastněných subjektů, aby byly veřejnosti poskytovány komplexní, objektivní, spolehlivé a vyvážené informace o užívání drog, jeho dopadech a o realizovaných opatřeních	Informace, výzkum a hodnocení
10. Plně se zapojovat do mezinárodní spolupráce a zajišťovat aktivní účast zástupců ČR v procesech harmonizace protidrogové politiky s ostatními zeměmi Evropské unie.	Koordinace a financování Mezinárodní spolupráce
11. Důsledně uplatňovat výzkumem ověřené postupy při vyhodnocování účinnosti opatření ve všech oblastech protidrogové politiky a aplikovat poznatky z evaluací v praxi	Informace, výzkum a hodnocení

8.3 Přehled cílů a činností v oblasti primární prevence dle Akčního plánu

I. Primární prevence

Cíl	Činnost	Termín	Zodpovídá	Ukazatel
1. Fungující a účinná koordinace primární prevence rizikového chování s jasně vymezenými kompetencemi subjektů	1.1. Koordinovaná podpora a rozvoj programů, které zajišťují specifickou primární prevenci	Průběžně	MŠMT, RVKPP, MPSV, MZ, MV, MO, IPPP ve spolupráci s kraji, A.N.O.	Počet a přehled finančně podpořených programů Počet účastníků programů Výše finančních prostředků pro tyto programy
	1.2. Pravidelná jednání „Pracovní skupiny specifické primární prevence rizikového chování“	Průběžně	MŠMT, RVKPP, MPSV, MZ, MV, MO, MPO, IPPP, IKSP ve spolupráci s kraji, A.N.O.	Plán činnosti pracovní skupiny Zápisy z jednání pracovní skupiny Návrhy systémových opatření v primární prevenci
	1.3. Metodická a koordinační setkání v systému vertikální spolupráce MŠMT s kraji v oblasti primární prevence (krajští školišti koordinátoři prevence, krajští protidrogoví koordinátoři, metodici prevence a zástupci ČŠI)	Nejméně 3x ročně	MŠMT ve spolupráci s RVKPP a kraji	Vypracovaný program vertikální spolupráce s časovým harmonogramem Zápisy z metodických a koordinačních porad
	1.4. Vypracovat a zveřejnit terminologickou příručku „Vybrané pojmy z oblasti primární prevence“	31.10.2007	MŠMT ve spolupráci s RVKPP, MPSV, MZ, MV, MO, MS	Zveřejněná příručka na webových stránkách MŠMT
2. Dostupné, kvalitní a efektivní programy primární prevence	2.1. Vytvořit Standardy specifické primární prevence rizikového chování dětí a mládeže	31.3.2008	MŠMT ve spolupráci s RVKPP, MPSV, MZ, MV, MO, IPPP, A.N.O. a kraji	Zveřejněné „Standardy specifické primární prevence“ na webových stránkách MŠMT
	2.2. Pilotní ověření kvality programů specifické primární prevence rizikového chování v Praze	31.12.2007	RVKPP ve spolupráci s MŠMT, MHMP a NNO	Závěrečná zpráva z pilotního ověření kvality programů specifické primární prevence
	2.3. Vytvořit novou verzi Manuálu dobré praxe primární prevence	31.12.2007	MŠMT ve spolupráci s RVKPP, MV	Zveřejněný manuál dobré praxe na webových stránkách MŠMT
	2.4. Vytvořit a vést rejstřík certifikovaných programů specifické primární prevence rizikového chování dětí a mládeže	31.12.2007	MŠMT ve spolupráci s IPPP	Veřejně přístupný rejstřík certifikovaných programů
	2.5. Vytvořit předpoklady pro realizaci certifikovaných programů primární prevence ve školách a školských zařízeních	31.12.2008	MŠMT, MV ve spolupráci s kraji a dalšími zřizovateli škol	Aktualizace metodických pokynů MŠMT Metodický pokyn MV Manuál pro předkladatele projektů Semináře pro krajské metodiky prevence Informace školám o certifikovaných službách prostřednictvím krajů, webových stránek apod.
	2.6. Podporovat proces certifikací programů primární prevence jako nástroje zvyšování kvality	31.12.2008	MŠMT ve spolupráci s IPPP	Vypracovaný program školení Počet školení a účastníků na nich Počet podpořených certifikovaných programů od 1.1.2009 v rejstříku
3. Dostupné programy cílené primární prevence a včasné intervence zaměřené na nejvíce ohrožené cílové skupiny	3.1. Průběžně vzdělávat pedagogické pracovníky v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy v oblasti rizikových forem chování s důrazem na problematiku užívání návykových látek	31.12.2009	MŠMT ve spolupráci s IPPP	Vypracovaný program vzdělávání Počet proškolených pedagogů pracujících v těchto zařízeních Zveřejněná hodnotící zpráva

	3.2. Pracovní seminář pro pedagogické pracovníky dětských domovů se školou, diagnostických ústavů a výchovných ústavů v oblasti rizikových forem chování s důrazem na problematiku užívání návykových látek a) dvoudenní speciální seminář b) nabídka dalších vzdělávacích programů prostřednictvím IPPP	a) 30.10.2007 b) Průběžně	MŠMT ve spolupráci s IPPP	Vytvořený program semináře Písemně zpracované výstupy ze seminářů Nabídka vzdělávacích programů IPPP
	3.3. Informovat zřizovatele dětských domovů v problematice prevence rizikového chování dětí a mládeže s důrazem na problematiku užívání návykových látek a) dvoudenní speciální seminář b) nabídka dalších vzdělávacích programů prostřednictvím IPPP	a) 31.10.2007 b) Průběžně	MŠMT ve spolupráci s IPPP	Vypracovaný program semináře Počet proškolených zástupců zřizovatelů Zveřejněná hodnotící zpráva ze semináře Nabídka vzdělávacích programů IPPP
	3.4. Připravit a ověřit specifické přístupy prevence v zařízeních pro ústavní a ochrannou výchovu	31.12.2008	MŠMT	Rozšíření manuálu dobré praxe
	3.5. Podpora realizace preventivních a kontrolních aktivit u rizikových profesních skupin v oblasti užívání návykových látek	31.3.2008	RVKPP ve spolupráci s MZ, MPSV, MŠMT, MO, MV, MPO	Definování rizikových skupin Průzkum dostupných dat Přehled navržených opatření
	3.6. Vyhlašovat, podporovat, financovat a monitorovat programy primární prevence užívání návykových látek pro rizikové profesní skupiny na základě provedené analýzy	30.6.2008	MŠMT, MO, MV	Nabídka programů pro rizikové profesní skupiny Přehled realizovaných programů a vynaložených finančních prostředků

4. Jednotný sběr dat v oblasti primární prevence	4.1. Definovat základní výkony pro sběr dat v oblasti primární prevence rizikového chování	31.12.2007	MŠMT (ve spolupráci s IPPP a ČSÍ), RVKPP, ve spolupráci s MV, MPSV, MZ, MO, A.N.O., NNO a kraji	Zveřejněný přehled a definice výkonů
	4.2. Dotazníková šetření mezi pedagogickými pracovníky zaměřená na prevenci rizikových forem chování	31.12.2009	MŠMT ve spolupráci s kraji a RVKPP	Závěrečná zpráva ze šetření
5. Účinná právní opatření v oblasti primární prevence rizikového chování	5.1. Analyzovat současnou platnou právní úpravu (předpisy) v oblasti primární prevence	31.12.2008	MŠMT, MS ve spolupráci s MZ, MV a MPSV	Provedená analýza právních předpisů Identifikované problémové oblasti právní úpravy primární prevence
	5.2. Vymezit pracovní pozice a kompetence školního metodika prevence, metodika prevence a krajského školského koordinátora prevence v právní úpravě	31.12.2009	MŠMT	Právní a systémové zakotvení uvedených pracovních pozic

8.4 Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy (www.msmt.cz)

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále ministerstvo) má stěžejní podíl v primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v České republice. V oblasti protidrogové primární prevence bylo ministerstvo usnesením vlády č. 549/2003, o posílení národní protidrogové politiky, pověřeno koordinací primární protidrogové prevence na meziresortní úrovni.

Je to dáno nejen celkovým počtem dětí, žáků a studentů vzdělávajících se ve školách, ale také celkovou délkou působení školního prostředí na ně. Období školního vzdělávání má velmi významnou funkci v oblasti formování osobnosti mladých lidí a vše, co se v tomto období nepodaří se jen velmi obtížně napravuje v období dospělosti. Toto je také důvod, proč je oblasti prevence sociálně patologických jevů u školní populace věnována mimořádná pozornost, a to nejen ze strany ministerstva, ale i všech dalších složek podílejících se na řízení školství, zvláště pak krajů a obcí.

Sociálně patologické jevy vnímáme jako celek a až poté je pracovně dělíme na prevenci drogových závislostí a prevenci kriminality. Primární prevencí rozumíme veškeré konkrétní aktivity realizované s cílem předejít problémům a následkům spojeným se sociálně patologickými jevy, případně minimalizovat jejich dopad a zamezit jejich rozšíření.

Základní cíle strategie

- výchova ke zdravému životnímu stylu
- rozvoj a podpora sociálních kompetencí
- zkvalitněním koordinace a kontroly specifické primární prevence napříč resorty dosáhnout vyšší kvality a efektivity prováděných programů

Východiska strategie primární prevence ve školství

- Pravidelná setkávání s okresními a krajskými koordinátory
- Analýza potřeb terénu
- Dlouhodobé cíle v krajích
- Zkušenosti z naplňování minulých koncepcí
- Pojetí prevence v zásadních vládních a mezistátních dokumentech

Zásady primární prevence ve školství

Prevence v působnosti resortu školství, zahrnuje především aktivity v oblastech :

- násilí a šikanování,
- záškoláctví,
- kriminality, delikvence, vandalismu aj. forem násilného chování,
- ohrožení mravnosti a ohrožování mravní výchovy mládeže,
- xenofobie, rasismu, intolerance a antisemitismu,
- užívání návykových látek (vč. opomíjeného alkoholu a kouření), anabolik, medikamentů a dalších látek,
- virtuálních drog a patologického hráčství (gambling),
- diváckého násilí.
- komerčního sexuálního zneužívání dětí,
- syndromu týraných a zneužívaných dětí
- sekt a sociálně patologických náboženských hnutí.

8.5 § 187 trestního zákona – Nedovolená výroba a držení omamných a psychotropních látek a jedů

§ 187 trestního zákona - NEDOVOLENÁ VÝROBA A DRŽENÍ OMAMNÝCH A PSYCHOTROPNÍCH LÁTEK a JEDŮ

(1) Kdo bez povolení vyrobí, doveze, vyveze, proveze, jinému opatří nebo pro jiného přechovává omamnou nebo psychotropní látku nebo jed, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let.

(2) Odnětím svobody na dvě léta až deset let bude pachatel potrestán,

a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 jako člen organizované skupiny nebo ve větším rozsahu,

b) spáchá-li takový čin vůči osobě mladší než osmnáct let.

(3) Odnětím svobody na osm až dvanáct let bude pachatel potrestán,

a) získá-li činem uvedeným v odstavci 1 značný prospěch,

b) spáchá-li takový čin vůči osobě mladší patnácti let,

c) způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví.

(4) Odnětím svobody na deset až patnáct let bude pachatel potrestán,

a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví více osob nebo smrt, b) získá-li takovým činem prospěch velkého rozsahu,

c) spáchá-li takový čin ve spojení s organizovanou skupinou působící ve více státech.

§ 187 a trestního zákona

(1) Kdo bez povolení přechovává omamnou nebo psychotropní látku nebo jed v množství větším než malém, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo peněžitým trestem.

§ 187 a trestního zákona

(1) Kdo bez povolení přechovává omamnou nebo psychotropní látku nebo jed v množství větším než malém, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo peněžitým trestem.

(2) Odnětím svobody na jeden rok až pět let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 ve větším rozsahu.

§ 188 trestního zákona

(1) Kdo vyrobí, sobě nebo jinému opatří, či přechovává předmět určený k nedovolené výrobě omamné nebo psychotropní látky nebo přípravku obsahujícího omamnou nebo psychotropní látku nebo jed, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let nebo zákazem činnosti nebo peněžitým trestem nebo propadnutím věci.

(2) Odnětím svobody na dvě léta až deset let bude pachatel potrestán,

a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 ve větším rozsahu,

b) spáchá-li takový čin vůči osobě mladší než osmnáct let,

c) získá-li takovým činem značný prospěch.

(3) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 vůči osobě mladší než osmnáct let.

§ 188a trestního zákona - ŠÍŘENÍ TOXIKOMANIE

(1) Kdo svádí jiného ke zneužívání jiné návykové látky než alkoholu nebo kdo zneužívání takové látky jinak podněcuje nebo šíří, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti nebo peněžitým trestem.

(2) Odnětím svobody až na tři léta bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 vůči osobě mladší než osmnáct let.

8.6 Ukázka tematického bloku

Ukázka bloku pro SŠ, SOU, OU

• 1. hodina: Pravidla, Strach a úzkost – co stím

O PRAVIDLA

- Náladoměr: Všichni vyjádří svou momentální náladu pomocí ruky – nehorší nálada – ruka dole, nejlepší nahoře

• Strach, Úzkost – co s tím

Úvodní informace: K základním emocím patří strach (týká se na rozdíl od úzkosti něčeho konkrétního), úzkost, smutek, hněv a radost. Stresem se obvykle rozumí nadměrná zátěž. Silné emoce a stres se projevují tělesnými změnami a mohou oslabit schopnost správně se rozhodovat.

Cvičení: Situace vyvolávající strach a jeho projevy

K lepšímu uvědomování si úzkosti a situací, které ji vyvolávají, lze použít následující formulář:

Popis 1. situace:

Projevy (označte): Svírání žaludku, bušení srdce, třesoucí se hlas, svalové napětí, zpcené ruce, sucho v ústech, neklidné ruce, nesoustředěnost.

Popis 2. situace:

Projevy (označte): Svírání žaludku, bušení srdce, třesoucí se hlas, svalové napětí, zpcené ruce, sucho v ústech, neklidné ruce, nesoustředěnost.

+ formulář

2. hodina: relaxace, Zvládání hněvu, Co dělat, když mě přepadne vztek, deprese, stres nebo úzkost

O Cvičení: Doporučené relaxace, po každém cvičení reflexe

O Cílem je představit dětem, že pocity a emoce jsou v našem životě důležité a mohou náš život výrazně ovlivnit. Je třeba s nimi umět zacházet. Dále to, že nás mohou ovlivnit v rozhodování zda vzít či ne vzít drogu.

O Zvládání hněvu, Co dělat, když mě přepadne vztek, deprese, stres nebo úzkost

- Používají se analogické postupy, tj. rozpoznání rizikových situací, relaxace, dýchání, fyzická aktivita. Používá se zklidňující autosugesce („zvládnut to“, „dokáži zůstat klidný“, „líbí se mi být klidný a ovládat se“). Další možností je změna vztahového rámce. Žák se např. může sám sebe zeptat „stojí mi za to, se rozčilovat?“ „skutečně se mě chtěl ten člověk dotknout?“ „nedalo by se toho, co chci, dosáhnout jinak?“

3. hodina: Zkušenost, Výroky

Zkušenost – společné povídání se studenty o tom, co se jim v průběhu roku přihodilo, zda někdo využil to, co jsme se doposud naučili – konkrétní postřehy, zážitky

- Výroky:


Studenti utvoří skupiny a každá z nich dostane list papíru s několika výroky (vymýšlejí lektori předem), např.:

- Když člověk bere drogy, je to jen jeho věc, Antikoncepce je jen věcí ženy, Když si dávám pozor, nebudu nikdy na droze závislý, Některé problémy je lepší hodit za hlavu, Alkohol a cigarety nejsou tvrdé drogy
- Práce s výroky—diskuse
- Závěr, závěrečná reflexe, dotazy

8.7 Leták Deset dobrých důvodů, proč žít bez drog


vydal: SZÚ, 1. vydání, Praha 2007. Autoři: prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc. PhDr. Ladislav Csémy. Recenze: PhDr. Eva Dragomirecká, Ph.D.

1. LEPŠÍ ZDRAVÍ




Drogy, ať přijímané kouřením nebo injekčně, zvyšují riziko nemocí a snižují imunitu organismu. U lidí, kteří berou drogy, se častěji vyskytují chronická onemocnění, jako např. nádory, žloutenky, AIDS, oslabení celkové odolnosti nebo kožní nemoci. Alkohol a drogy navíc zvyšují riziko úrazu, dopravní nehody nebo násilného konfliktu se zdravotními následky.

2. VÍCE SVOBODY




Svobodné rozhodování o svém chování je u lidí navyklých na drogu značně omezené. Stálá potřeba drogy je odvádí od zájmů a koníčků, sportu a zábavy, i od každodenních studijních nebo pracovních povinností. Pro mnoho závislých mladých lidí je život s drogou životem v nesvobodě, aniž si to dovedou přiznat.

3. VÍCE DUŠEVNÍ POHODY




Drogy vedou k poruchám duševního zdraví. Tyto poruchy mohou být přechodné po dobu, kdy je člověk pod vlivem drog. Někdy ale duševní potíže přetrvávají mnohem déle, nebo dokonce mají trvalý charakter.

4. VÍCE SPOKOJENOSTI VE VZTAZÍCH K RODINĚ A PŘÁTELŮM




Lidé, kteří neberou drogy a nezneužívají alkohol, mají lepší vztahy s rodiči a přáteli. Projevují se jako samostatnější, nezávislejší a odpovědnější. V partnerských vztazích jsou spokojenější a šťastnější.

5. JASNÁ MYSL




Alkohol i jiné drogy nepříznivě ovlivňují funkce našeho mozku. Zhoršují paměť, soustředění a schopnost se učit. To platí prakticky pro všechny drogy a také pro tlumivé léky ze skupiny benzodiazepinů.

6. VÍCE RADOSTI Z KONÍČKŮ A ZÁJMŮ VE VOLNÉM ČASE




Ten, kdo žije bez drog, má větší možnosti rozhodovat se mezi různými dobrými způsoby trávení volného času. Může cvičit, plavat, relaxovat, jít za kulturou, starat se o zvířata atd. Závislý člověk tuto možnost svobodné volby ztrácí.

7. VĚTŠÍ ÚSPĚŠNOST VE ŠKOLE I V PRÁCI




Drogy zhoršují poznávací schopnosti a to má dopad na prospěch ve škole a na úroveň vzdělání. I v práci se lépe prosadí lidé zdraví a psychicky vyrovnaní. Navíc řada zaměstnavatelů u nás i v zahraničí testuje své zaměstnance na přítomnost drog. Některé testy (zejména vyšetření vlasů) dokážou odhalit drogy v těle i za velmi dlouhou dobu.

8. LEPŠÍ SCHOPNOST PŘEKONÁVAT PROBLÉMY




Rychle se proměňující podmínky současného života přinášejí také problémy, s nimiž se člověk musí neustále vyrovnávat. Problémy lépe vyřeší člověk, jehož mozek a psychika fungují normálně. Takový člověk se dokáže lépe uvolnit a odreagovat, umí se svěřit a poradit si. S chladnou a střízlivou hlavou se i velké problémy zvládají lépe.

9. VÍCE PENĚZ NA DOBRÉ VĚCI



Peníze nevydané za drogy je možno používat ke svému užitku, k prospěchu blízkých lidí nebo k jinému dobrému účelu. Je to lepší, než sloužit drogovému dealerovi.

10. LEPŠÍ VZHLED



Zdravý životní způsob se příznivě odráží na vnějším vzhledu. Lidé spokojení se svým vzhledem mají větší sebedůvěru, jsou optimističtější vzhledem k budoucnosti a jistější ke svému okolí. Naproti tomu lidé, kteří berou drogy, působí nezdravě, častěji se u nich objevují kožní nemoci, pobledlost a někdy i stopy po sebeпоškození.

KAŽDÝ MÁ PRÁVO ROZHODNOUT SE SÁM PRO SVOBODNÝ ŽIVOT BEZ DROG.

8.8 Leták - Zda kouřit nebo nekouřit

leták vhodný pro dospívající děti, zdroj: SZÚ

PŘI ROZHODOVÁNÍ ZDA KOUŘIT, NEBO NEKOUŘIT

*Používejte
svůj vlastní
rozum...*

Víte, že většina kovbojů v reklamě na cigarety (sedm z osmi) zemřela na rakovinu plic? Víte, že společnosti vyrábějící cigarety utratí ročně stovky milionů dolarů za reklamu? Dovolujeme si vám nabídnout následující fakta. Seznamte se s nimi a rozhodněte se, jestli fici cigaretám „ZA ŽÁDNOU CENU NE“.

PENÍZE PROMĚNĚNÉ V KOUŘ.
VÍTE, KOLIK KOUŘENÍ OPRAVDU STOJÍ?

Kouření je drahý návyk, na kterém vydělává především tabákový průmysl. Kuřák vždycky prodělává.



POČÍTEJTE!

Pravidelní kuřáci vykouří obvykle 1 balíček cigaret nebo více denně.
Cigarety dnes stojí 40 až 50 Kč.

50 Kč za balíček x 7 dní	= 350 Kč za týden
350 Kč x 4 týdny	= 1 400 Kč za měsíc
350 Kč x 52 týdnů	= 18 200 Kč za rok

A to už je pořádný balík peněz, který se změní v obláka dýmu. Není škoda utráčet peníze za cigarety, když je tolik lepších a zajímavých věcí? Kupte si za ně raději pěkné tričko, CD s vaší oblíbenou kapelou nebo jděte na napínavý film. A za rok to už znamená třeba nové horské kolo nebo i docela pěknou dovolenou.

ROZUMÍTE REKLAMĚ? DOKÁŽETE ODHALIT JEJÍ TRIKY?

Tabákové společnosti představují kouření jako záležitost dospělých. Ale lidé, kteří už skutečně dospěli, kouřit nezačínají. Většina dospělých kuřáků začala kouřit v době, kdy jim ještě nebylo 18 let. A dnes mnozí z nich

KOUŘENÍM POSTIŽENÉ ORGÁNY:



Mozek – závislost

Oko – šedý zákal, zhoršení barevného vidění

Plic a dýchací cesty – rakovina hrtanu, zánět průdušek, rozedma plic, rakovina plic

Žaludek, střeva a slinivka břišní – rakovina, vředy

Reprodukční orgány – rakovina, impotence mužů, neplodnost (mužů i žen), poruchy těhotenství a vývoje plodu, vročené vývojové vady

Kůže a vlasy – vrásky, předčasné šedivění a vypadávání

Ústa – rakovina, paradontóza, předčasná ztráta zubů

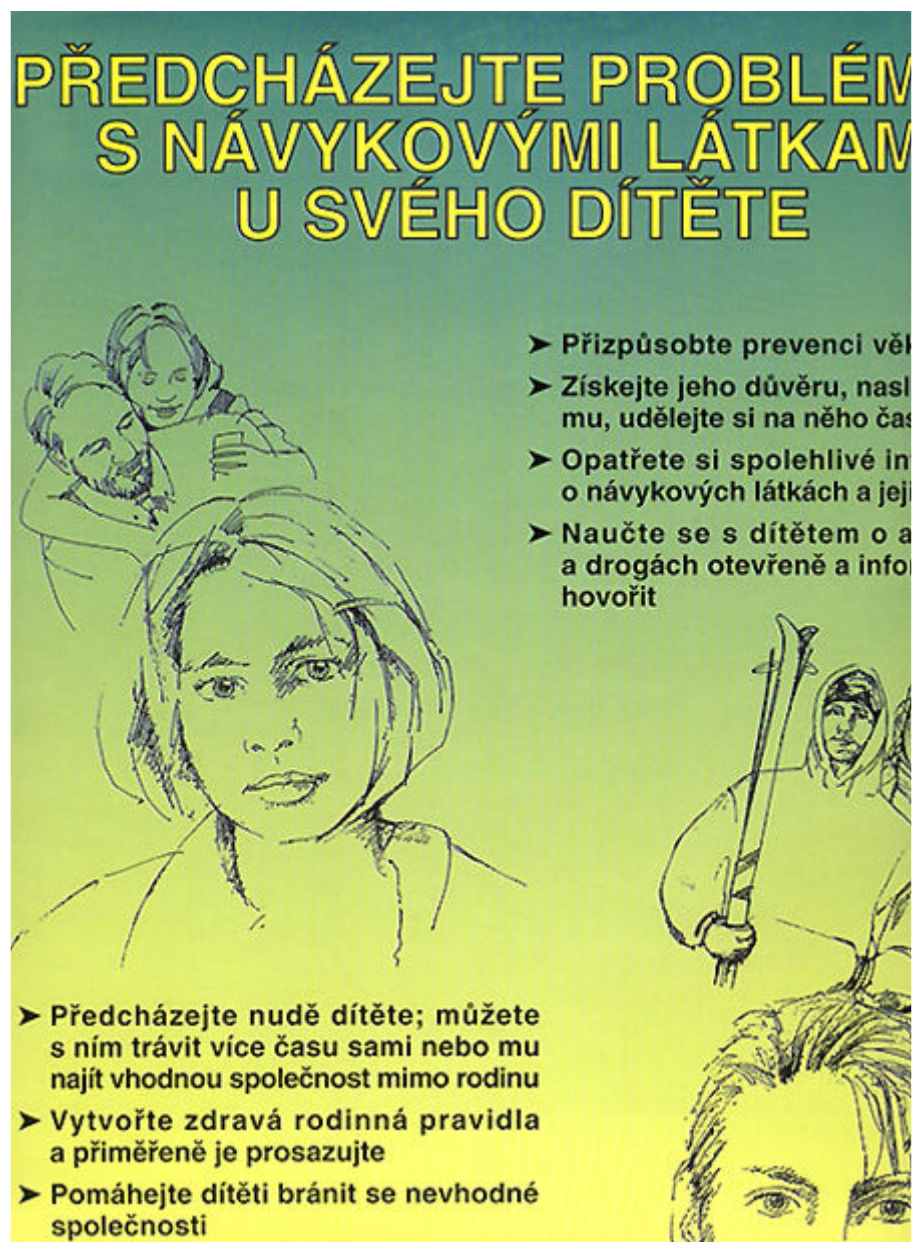
Srdce a cévy – srdeční infarkt, cévní mozková mrtvice, vysoký krevní tlak, bérkové vředy, amputace končetin

Ledviny a močový měchýř – rakovina

*Jaký je rozdíl mezi
cigaretou a skunkem?
Skunk tolik
nesmrdí.*

8.9 Plakát - Předcházejte problémům s návykovými látkami u svého dítěte

plakát A3, vydal: SZÚ, 1. vydání, Praha 1999. Autoři: prim. MUDr. Karel Nešpor, Mgr. Ilona Honsová (grafické úpravy).



Souhlasím s tím, aby moje bakalářská práce byla půjčována ke studijním účelům. Žádám, aby citace byly uváděny způsobem užívaným ve vědeckých pracích a aby se vypůjčovatelé řádně zapsali do přiloženého seznamu.

V Praze dne.....

.....

Podpis

Pořadové číslo	Jméno čtenáře	č. ISIC karty	Bydliště	Datum